

COMUNICACIONES

MESA 1

Gestión por procesos (I)

C-002

IMPLANTACIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES

M. Ortiz-Martín, A. Raya-Serrano, M. Ramírez-Moreno
y G. Ramos-Rolón
Hospital San Juan de Dios.

Palabras clave: Procesos Asistenciales, Implantación Planes operativos.

Los planes de calidad diseñados en el Hospital San Juan de Dios de Córdoba, contienen en sus líneas estratégicas la estructura de atención en procesos asistenciales, tendiendo a la cooperación y a la creación de una cultura distinta, orientada a la obtención de resultados. Los procesos son la base operativa para los cambios estratégicos de la organización. La implantación de nuestros procesos asistenciales supone un conjunto de acciones orientadas a asegurar la implicación de la dirección y la incorporación de elementos propios de la gestión por procesos que permiten ofrecer una mayor garantía de continuidad asistencial y cuidados, mejorando la accesibilidad a los servicios. Para llevar a cabo nuestro objetivo seguimos las siguientes fases de aplicación: formar equipo de trabajo, describir y documentar el proceso, realizar análisis de situación, detectar problemas y posibilidades de mejora, análisis causal de problemas, evaluación, elaboración de manual de implantación y aprobación del plan. Cada proceso debe contener: plan operativo, plan de gestión, plan de comunicación y cronograma. La evaluación se lleva a cabo a través de indicadores que miden los niveles de cumplimiento deseado. Nuestras claves para el éxito del proyecto son: la comunicación, personalización, compromiso, liderazgo, coherencia y adecuación de recursos. En la actualidad nos encontramos en fase de revisión de los 18 procesos desarrollados y monitorizando los indicadores propios. La difusión de este plan de implantación de procesos ha permitido que los profesionales sanitarios y no sanitarios de nuestro hospital, adopten criterios de actuación unánimes, ofreciendo equidad asistencial, accesibilidad y garantizando niveles óptimos de calidad en la atención a usuarios.

OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS MEDIANTE LA FORMACIÓN EN "MEJORA CONTINUA DE CALIDAD"

P. Moreno-Ramis, J.A. González-Romero, R. García-Cebrian, B. Jiménez-Suárez, R. García-Zerpa y N. Robayna-Elvira
Hospital General de Lanzarote.

C-001

Palabras clave: Formación, calidad, mejora.

Objetivos: 1. Formar a los profesionales en materia de calidad asistencial. 2. Identificar oportunidades de mejora para la propia institución.

Métodos: Entre octubre de 2003 y octubre de 2004, 180 trabajadores de la institución (20%) recibieron 20 horas de formación en mejora continua de la calidad, en cinco cursos, en los que se formaron 21 grupos de trabajo con profesionales sanitarios y no sanitarios de atención primaria y especializada. Mediante la técnica del grupo nominal fue identificado y priorizado el principal problema por cada grupo. Mediante el diagrama causa efecto de Ishikawa se formularon hipótesis de causalidad y con el diagrama de Pareto la causalidad primordial. Luego se propusieron acciones de mejora que se ponderaron mediante criterios de efectividad, coste, factibilidad y aceptación. Posteriormente se agrupan y analizan problemas, causas y propuestas de mejora.

Resultados: Nueve problemas apuntan a la espera excesiva en distintos puntos del sistema, ocho a la comunicación entre profesionales de distintos niveles y cuatro a la comunicación entre profesionales y usuarios. La causalidad primordial identificada por los profesionales en relación con la espera es organizativa, y con la comunicación entre niveles y con los usuarios estructurales (carencia de protocolos organizativos y clínicos y necesidad de formación). La propuesta de mejora más eficiente, según los profesionales, tanto para disminuir la espera como para mejorar la comunicación entre niveles es el consenso de protocolos organizativos, y para mejorar la comunicación con los usuarios el consenso de guías de práctica clínica, para lo que asimismo señalan la necesidad de formación específica. Otras dotaciones estructurales que se proponen por gran número de grupos de trabajo son la informatización en red, la implantación de la historia clínica electrónica, la formación continuada en general y la potenciación de los servicios de urgencias.

Conclusiones: Según los propios profesionales, mediante formación continuada y consenso de protocolos y guías de práctica clínica, aspectos que pivotan sobre la dirección de la institución y sobre los propios trabajadores respectivamente, se resolvería total o parcialmente buena parte de la problemática que afecta a la institución.

ES POSIBLE APlicar LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA UNIDAD ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

J. Castiella, F. Sanjuán, L.A. Sánchez, V. Musitu, M.A. Torralba y B. Arancon
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

C-003

Palabras clave: Proceso asistencial, hospitalización, gestión.

Resumen y objetivos: El Proceso de Hospitalización Médica, es un proceso clave de la Fundación Hospital Calahorra que tiene por Misión realizar un diagnóstico correcto, proporcionar un tratamiento y cuidados adecuados en el paciente hospitalizado hasta el alta, y buscar la satisfacción del paciente y sus familiares, utilizando para ello la mejor evidencia disponible.

Material y métodos: El Proceso de Hospitalización Médica fue diseñado, desarrollado, elaborado e implantado a lo largo del año 2001, siguiendo una metodología EFQM, previamente descrita. Posteriormente, se han ido recogiendo y analizando sus indicadores más relevantes. En el año 2004 el proceso fue sometido a un proceso de auditoría interna, revisión y mejora. En diciembre fue auditado por DNV y obtuvo el certificado de calidad según la Norma ISO 9001:2000.

Resultados: En el período 2001-2004 se han dado 4.952 altas, con los siguientes indicadores asistenciales de proceso: Estancia media depurada 6 días, Peso medio 1,8041; Altas voluntarias 0,5%; Fallecimientos 7%; reingresos antes de 30 días 6,9%; Úlceras intraunidad 2,1%; satisfacción global del paciente 8,75 (sobre 10); Altas con informe antes de 24 hs 100%; calidad del informe de alta 99%; Prealta 100%; paciente con planes de cuidados al ingreso 100%.

Conclusiones: Aplicar la gestión por procesos en una Unidad de Hospitalización Médica permite, de forma ordenada y flexible, localizar, definir, implantar y mejorar los flujos de trabajo, orientándolos hacia el paciente, para conseguir unos objetivos de elevada calidad. El proceso sistematiza todas las actividades propias de la hospitalización, las aadecua a las necesidades de nuestros clientes, reduce las bolas de ineficiencia y mejora la interrelación con otros servicios. Que tengamos conocimiento, es el primer proceso asistencial de hospitalización médica en España que se acredita mediante la Norma ISO.

ACTIVIDAD EN EL PROCESO DE CONSULTA MÉDICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA MULTIFUNCIONAL

J. Castiella, L.A. Sánchez, F. Sanjuán y M.A. Torralba
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

C-004**Palabras clave:** Consulta Médica, Procesos, Gestión.

La consulta externa constituye una parte esencial de la actividad de un servicio Médico, y con frecuencia no se le presta la atención debida. El Proceso de Consulta Médica, es un proceso clave de nuestra Unidad, cuyo desarrollo e implantación se realizó en los años 2001-02. La Unidad es multifuncional e incorpora las especialidades de Ap Digestivo, Cardiología, Medicina Interna, Neumología y Neurología. Nuestro objetivo Es presentar los flujos de trabajo del proceso de consulta y sus principales indicadores durante los dos últimos años (2003 y 2004), en comparación con el período previo (2001-2002).

Material y métodos: El Proceso de Consulta Médica fue diseñado, desarrollado, elaborado e implantado a lo largo de los años 2001-02, siguiendo una metodología EFQM, previamente descrita. En el año 2004 el proceso fue sometido a una auditoría interna de revisión y mejora. En diciembre fue auditado por DNV y obtuvo el certificado de calidad según la Norma ISO 9001:2000.

Resultados: En la tabla se muestran los indicadores clave del proceso, obtenidos del período 2001-2004, y repartidos en los períodos mencionados: antes (2001-02) y después (2003-04) de la implantación del proceso.

INDICADOR	2001-2002	2003-2004
Solicitud de primeras visitas	11.303	13.114
Nº Total de primeras visitas	9.928	10.934
% de consultas Alta Resolución	2,5	12,9
Relación Sucesiva/Primera	1,48	1,74
% Altas dadas de la consulta	13,2	17
% de pacientes dados de alta con Informe	97,5	98
% de Fallos a primeras visitas	9,2	8,5
Número de quejas/reclamaciones	8	9
Satisfacción General del paciente	7,92	8,33

Conclusiones: La implantación de la gestión por procesos a la consulta médica nos ha permitido mejorar nuestra actividad y nuestros indicadores, especialmente la Alta Resolución en primeras visitas que se ha multiplicado por 5, todo ello con un elevado índice de satisfacción general. Que tengamos conocimiento, es el primer proceso asistencial de consulta médica en España que se acredita mediante la Norma ISO.

CALIDAD EN EL PROCESO CÁNCER DE MAMA

T. Ureña-Fernández, M.L. Gómez-Mata, E. Sánchez-Arenas, R. Aguilera-Tejero, B. Dueñas-Rodríguez y J. Martínez Ferrol
Distrito Sanitario Jaén

C-005

Introducción: Dentro de la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía se encuentra incluido el Proceso Cáncer de mama. Esto ha contribuido al abordaje integral de ésta patología desde que la paciente demanda asistencial hasta que ésta termina, teniendo en cuenta sus expectativas, las de los profesionales y trata de conseguir la uniformidad en las actuaciones de los profesionales.

Objetivo: Comprobar la calidad del documento de gestión de proceso cáncer de mama en la derivación Atención Primaria a Atención Especializada.

Método: Se ha utilizado como fuente de información el análisis de una muestra de los Documentos de Gestión de Proceso (DGP) que se utilizan. En el se incluyen datos clínicos que permiten extraer los indicadores de calidad del proceso. Se considera indicador de calidad la cumplimentación de los datos de filiación y los datos de enfermedad actual.

Resultados: Se han evaluado 123 DGP de los cuales el 97,56% (120) cumplen los criterios de calidad. En relación a la enfermedad actual el 65,25% corresponden a nódulos palpables, el 27,12% a mastalgia no cíclica, el 5,10 se derivaron por sospecha en técnica de imagen, el 1,70% por cambios en el complejo areola-pezón y el 0,83% por secreción patológica. El 36,63% tienen antecedentes familiares de cáncer de mama. Los antecedentes personales en relación a menarquia, terapia hormonal sustitutiva, fórmula obstétrica... lo recogen el 99% de los DGP.

Conclusiones: El DGP se consolida como un documento de calidad en la derivación de atención primaria a atención especializada, recogiendo la mayor parte de datos clínicos y antecedentes personales que permitirán establecer criterio de diagnóstico y tratamiento.

MODELO EFQM COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

J.M. Oliva, I. Rosell, R. Teixell, B. Losada, M. Gómez y E. Usandizaga
Servei d'Urgències. Hospital Dos de Maig.

Objetivos: Elaboración de la memoria del S. de Urgencias, según los criterios del modelo EFQM, para conocer la realidad de todos los aspectos relacionados con nuestra actividad y identificar los puntos débiles y las consecuentes áreas de mejora.

Material y métodos: El modelo EFQM consta de 9 criterios de excelencia, que incluyen todas las áreas de funcionamiento de una organización, divididos en criterios "agentes" que incluyen los aspectos de los sistemas de gestión (Liderazgo, Política y Estrategia, Personas, Alianzas y Recursos y Procesos) y que se erigen como los responsables de los resultados, y criterios "resultados" que representan todo aquello que la organización consigue para cada uno de sus grupos de interés (Clientes, Empleados, Sociedad o Económicos-Clave). La puntuación máxima se halla en 1000 puntos, con diferentes puntuaciones en cada uno de los 9 criterios, con un total de 120 apartados. El equipo coordinador de urgencias, formado por el Coordinador médico, Supervisora de enfermería y Responsable de admisiones, procedió a la elaboración de la memoria. Posteriormente procedió a la autoevaluación (puntuación) de la misma. Por otro lado, de forma independiente, la Dirección médica realizó la evaluación de la memoria. Las diferentes puntuaciones, por apartados, fueron confrontadas y en caso de discrepancias, se decidió por consenso, la validación de las mismas.

Resultados: Se obtuvieron un total de 218 puntos, mientras que la puntuación global del Hospital fue de 273 puntos. Las puntuaciones por apartados fueron: Liderazgo (25/100), Política y Estrategia (12/80), Personas (22/90), Alianzas y Recursos (21/90), Personas (36/140), Resultados Clientes (47/200), Resultados en Personas (13/90), Resultados en la Sociedad (6/60), Resultados clave (36/150). Se identificaron un total de 16 áreas de mejora, relacionadas con el desarrollo de sistemas para conocer la opinión de los clientes y profesionales, mejora en los canales de información, control de los procesos claves y definición de objetivos de calidad.

Conclusiones: La utilización del Modelo EFQM permite integrar y analizar todas las actividades y documentaciones de un servicio asistencial hospitalario. El modelo EFQM constituye una herramienta de gran utilidad para todas las organizaciones, con independencia de su tamaño o producto final, que tengan la excelencia como objetivo.

C-006**GESTIÓN CLÍNICA EMPLEANDO EL SISTEMA DE GRDS O ATENCIÓNES ESPECIALIZADAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

S. Mazo, C. Ramírez, S. Oronoz, R. Sáez, M. Lejarraga y C. Emparan
Unidad de Hospitalización a Domicilio. La Rioja.

C-007**Palabras clave:** Gestión clínica, GRD, Eficiencia.

Introducción: Las unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD) no disponen de una estructura de ingresos y gastos claramente diferenciada para estructurarlas como Unidades de Gestión Clínica al no disponer de una estructura retributiva por actividad definida.

Objetivo: Definir la matriz económica más adecuada para una UHD comparando el pago por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRDs) o de atenciones de Medicare para atención especializada ambulatoria.

Material y métodos: Análisis de las atenciones prestadas por la Unidad y definidas por el catálogo de prestaciones y el sistema de GRDs en 120 pacientes codificados por el sistema CIE-9 y agrupados por GRDs durante un período de 6 meses detallando las atenciones prestadas por la Unidad. Todos los gastos fueron introducidos en un sistema informático de gastos de personal (Meta-4), stock de almacén, compras, gastos variables y gastos fijos e integrados por el sistema de gestión económica Gescot. Con ello se analizó el margen de actividad y la rentabilidad por cada proceso diagnóstico principal y prestaciones realizadas.

Resultados: El pago por proceso diagnóstico (GRD) presenta una rentabilidad elevada (24% de margen de actividad). La UHD presenta una estructura de costes por proceso reducida y altamente eficaz, por lo que el pago por atención prestada presenta un margen de actividad más reducido (12%).

Conclusiones: En las UHDs se incluyen procesos clínicos con gastos estructurales más reducidos, a pesar de prestar atenciones y cuidados especializados idénticos a las Unidades de Agudos que por su estructuración presentan estancias prolongadas y costos elevados.

Palabras clave: Proceso, Intervención, Diabetes.

Objetivos: Valorar el cambio tras una intervención en los registros del proceso de diabetes en el año 2004 comparándolo con el 2003 en la UC Estepa. Comparar el grado de cumplimentación de los criterios tras intervención.

Material y métodos: Se estudiaron 200 historias clínicas en 2003 y 200 en 2004 de una población de 706. El muestreo fue sistemático. La intervención se realizó tras conocer los datos del año 2003 y ver los puntos a mejorar con sesiones y reuniones de equipo. Se utilizaron los criterios de la ADA de buen control. Se analizaron el porcentaje de registros de cada criterio y los porcentajes de cumplimentación y comparando los dos años con estudio de Chi cuadrado.

Resultados: En el 2004 el 65% tenían 5 registros recogidos, siendo estadísticamente significativo. Respecto a HbA1c los registros aumentaron de 72% a 84% siendo significativo. La glucemia aumentó al 88%. El LDL-C se registró en 70,5% siendo el aumento significativo. El colesterol total aumentó en el registro al 83%, estadísticamente significativo. La tensión arterial subió del 84,5 al 91,5% en registros siendo significativo el aumento. En cuanto a la cumplimentación de los criterios en el año 2004 subieron todos respecto al 2003. De todos ellos los estadísticamente significativos fueron los de LDL-C y colesterol total.

Conclusiones: En el año 2003 que los registros no eran bueno, sobre todo de LDL-C y colesterol total. Tras la intervención se mejoraron todos los registros y sobre todo los que peor se registraban anteriormente. El aumento de registro en glucemia no fue significativo porque el porcentaje previo era alto. En la cumplimentación, que no depende solo de los profesionales, es difícil mejorar. Se necesita más tiempo para mejorar hábitos. Al mejorar los registros de la dislipemia aumentó el grado de cumplimentación.

MESA 2

Calidad Enfermería (I)

LA CALIDAD EN LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

E. Ignacio, L. Moreno, M.J. Rodríguez, I. Carnicer y M.D. Cruzado
UCA.

Palabras clave: Calidad, Enfermería.

Objetivos: Conocer la adecuación de la formación universitaria recibida desde la perspectiva de los profesionales que ejercen su labor asistencial. Identificar fortalezas y debilidades de nuestros planes de estudios desde la óptica de los profesionales y proponer medidas correctoras.

Material y método: Se realizó mediante técnicas de investigación cualitativa un cuestionario que permitía medir la calidad del plan de estudio de la Diplomatura de Enfermería. Se encuestaron a un total de 60 profesionales que prestaban sus servicios en diferentes centros sanitarios y cuya condición fue haber sido formados en nuestra universidad y que al menos dispongan de una experiencia laboral de un año. Esta muestra se corresponde con el tamaño muestral necesario para estudios poblacionales con una precisión de +/- 5%, para un nivel de confianza del 95%. El período en el que se realizará el estudio fue de Enero a Septiembre de 2004.

Resultados: Edad media de los egresados encuestados: 26 +/- 3,04 años y de sexo femenino en un 66,7%. Lugar de trabajo: Servicios médico-quirúrgicos en el 71% de los casos. Media de años trabajo del conjunto de la muestra: $2,2 \pm 1,9$. Capacidad y conocimientos para interpretar Adecuados % Inadecuados % Signos y síntomas 74,6 6,7. Necesidades del paciente 68,3 23,3. Mantener dignidad y privacidad 91,7 5. Administración de Fármacos 45 18. Informar, educar 70 15. Capacidad para Investigar 16,6 56,7. Dar apoyo emocional 66,6 8,3. Dirigir y Coordinar 23,3 50. Evaluar la calidad del cuidado 28,3 36,7. La pregunta general que hace referencia a si los contenidos cursados en las diferentes asignaturas les permitió incorporarse al mercado laboral, con una preparación adecuada los resultados fueron los siguientes: Nada 5%, Poco 283%, Normal 41,7%, Bastante 23,3%, Mucho 1,7%.

Discusión: Existen muchos aspectos de plan de estudio que puede ser susceptible de ser mejorado sobre todos los que hacen referencia a las capacidades para responder a las necesidades del paciente, tomar decisiones basadas en evidencias, el manejo de la seguridad del paciente, la investigación, trabajar teniendo en cuenta el punto de vista del paciente, resolución de problemas y toma de decisiones. Igualmente, se pone de manifiesto cierto déficit relacionados con la capacidad para informar, registrar y documentar, capacidad para coordinar equipo y delegación de actividades, y las relacionadas con la capacidad para medir la calidad de los servicios.

¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL? DOS MIRADAS: LA DEL PACIENTE Y LA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

J.M. Rodríguez-Caballero, A. Núñez-Rodríguez, P. Grima-Peña y M. Estrada-Beardo
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Relaciones interpersonales. Enfermería.

Objetivos: Conocer el grado de información que el personal de Enfermería aporta al paciente con EII, evaluar los conocimientos de ambos.

Método: Estudio multicéntrico descriptivo. Instrumento de medida: Cuestionario autocumplimentado. Tabulación y análisis de datos: SPSS 12.0. Período de recogida de datos: Enero, Febrero y Marzo de 2005.

Resultados: El 80% de los pacientes y el 69,5% de los enfermeros/as estiman que sus conocimientos sobre la EII son suficientes. El 60% de los pacientes refiere haber recibido suficiente información general por parte de los profesionales a su cuidado, que estiman esta información en un 44%. El 70% de los pacientes manifiesta no haber sido informado de la existencia de asociaciones de pacientes. Dato que contrasta con el hecho de que un 52,5% de los profesionales refieran no suministrar dicha información. La relación interpersonal es cómoda y flexible en un 89% para los pacientes y en un 94,9% para los profesionales. El 56% del personal enfermero admite dificultades para el manejo psicológico de la enfermedad, aunque el 72,9% refiere aportar el suficiente apoyo psicológico a los pacientes; los cuales reconocen recibirla en un 66%. El 68% de los pacientes manifiesta un afrontamiento positivo ante la EII y el 62,8% del personal de Enfermería reconoce garantizar poco o muy poco la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria.

Conclusiones: El paciente por lo general cree poseer conocimientos, recibir información y apoyo por parte del personal, en un mayor grado del que reconocen facilitar los propios profesionales. Asimismo, los pacientes refieren tener una capacidad de afrontamiento de su patología superior a las aptitudes de manejo psicológico que el personal a su cuidado declara poseer.

C-010

¿CUANTOS PACIENTES PADECEN ÚLCERAS DE LA PIEL EN ATENCIÓN PRIMARIA? PREVALENCIA EN POBLACIÓN TOTAL. ÁREA 4 MADRID

A. Cañada, R. Arnal, J.M. Mena y J. Cárdenas
Gerencia Atención Primaria Área 4 de Madrid.

Palabras clave: Prevalencia, úlceras, piel.

Introducción: Los datos de prevalencia de úlceras por presión (upp) ofrecen gran disparidad. En estudios hospitalarios oscila entre el 3,5% y el 29,5%. Los datos son muy escasos en Atención Primaria; sólo existe en España un estudio limitado, a nivel nacional (año 2001) con una muestra de 374 pacientes y con importantes sesgos, ya que procede de personas atendidas por enfermeras de una asociación científica para el estudio de úlceras crónicas; recoge una prevalencia del 8,34% sobre pacientes inmovilizados. En Estados Unidos existe otro estudio (1999) sobre 326 pacientes domiciliarios con una prevalencia del 12,9%.

Objetivos: En el Área 4 hemos elaborado e implantado una Guía para prevenir y manejar las úlceras de la piel, coordinada entre Atención Primaria y el Hospital. Su objetivo es disminuir la variabilidad, mejorar la efectividad y lograr la continuidad de los cuidados. Estamos actualmente en la fase de evaluación, que tiene una triple finalidad: obtener datos epidemiológicos, saber que atención estamos ofertando a los pacientes que padecen úlceras y por último conocer el impacto de la implantación de la guía.

Metodología: En nuestro Área, la Historia clínica informatizada está implantada en el 100% de los EAP y ofrece la posibilidad de explotar todos los datos a través del nuevo protocolo para las úlceras de la piel que hemos elaborado. El estudio se realizó utilizando sentencias informáticas SQL e incluye la población total del Área (573.968).

Resultados: Se identificaron 1069 úlceras, de las cuales el 50,8% (544 úlceras en 512 pacientes) son upp (Grado I 25,5%, Grado II 29,9%, Grado III 14,8%, Grado IV 6,25% y sin Grado especificado 23,3%). Las úlceras vasculares suponen el 33,7% (361) del total (71,4% venosas, 6,6% arteriales y 21,8% mixtas). Las úlceras del pie diabético suponen un 14,8% (158) y las tumorales un 0,5% (6). La prevalencia de upp calculada sobre el total de pacientes inmovilizados del Área (4600) es del 11%. La prevalencia de úlceras vasculares sobre > 65 años es del 0,35%. La prevalencia de úlceras del pie diabético teniendo en cuenta el total de diabéticos atendidos (19.694) es del 0,8%.

Conclusiones: La implantación de una guía asociada a un protocolo informático permite obtener datos epidemiológicos de toda la población, sobre un problema de salud tan importante como son las úlceras cutáneas. Aporta datos reales de prevalencia de upp inéditos en el ámbito de Atención Primaria y es el punto de partida para evaluar el impacto real de la implantación de la guía.

C-012

ASPECTOS DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN UNA UNIDAD DE DIÁLISIS

M.E. Hernández, P. Orbes, A. Ochando y S. Lorenzo
Fundación Hospital Alcorcón.

Palabras clave: Satisfacción, Karnofsky, diálisis.

Objetivos: Determinar el grado de satisfacción y capacidad funcional de los pacientes en diálisis, comparando los pacientes en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). Identificar los aspectos del proceso asistencial que generan mayor satisfacción.

Métodos: Ambito: hospital público de la Comunidad de Madrid, con 89 pacientes en diálisis crónica. Estudio descriptivo transversal poblacional, a todos los pacientes de la unidad en Marzo-Abril 2005. **Cuestionario:** Se facilitó SERVQHOS modificado, previo consentimiento del paciente, una vez cumplimentado era depositado en un buzón de la unidad. Cada ítem se puntuó en una escala Likert (de 1 a 5) según el grado de satisfacción. Se utilizó el índice de Karnofsky para medir el grado de autonomía, en una escala de diez niveles del 0 –100 (muerte - autonomía total). Evaluado por dos enfermeros de la unidad, previo análisis de concordancia en la valoración. Ambos cuestionarios se codificaron con el mismo número que permitía la posterior relación, garantizando el anonimato. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS obteniendo las frecuencias y medias de puntuación en cada ítem. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad. Mediante análisis factorial se identificaron los atributos determinantes de la satisfacción.

Resultados: **Muestra:** 77 cuestionarios. Tasa de respuesta del 95%. Las características demográficas en HD/DP son las siguientes: de los pacientes encuestados HD/ DP 55/22, el 65/85% de los pacientes eran hombres y el 35/ 18% mujeres. Edad media $68,8 \pm 14$ / $54,6 \pm 12,4$ años. El alpha de Cronbach fue de 0,95/ 0,90. La puntuación media obtenida en la primera parte del cuestionario fue superior a 3,5 en todos los atributos excepto en la facilidad para llegar al hospital en HD. Tiempo de espera en la consulta médica en DP. No se encontró correlación entre las variables sociodemográficas y el nivel de satisfacción.

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes de HD es 3,28 y en los de DP 3,68. No se ha encontrado correlación entre la capacidad funcional y la satisfacción media de los pacientes en HD o DP. Los atributos que determinan el grado de satisfacción de los pacientes en HD son: si el personal cumple lo que dice, el trato personalizado, la capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes, la confianza que transmite el personal y la información proporcionada por el médico. En DP son: la comunicación del personal con los familiares y la información sobre la medicación.

C-011

LÍNEAS DE MEJORA EN PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ÚLCERAS P.P. DESDE LA DIR. DE ENFERMERÍA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

A. Pineda, M.J. Cabeza-de-Vaca y J.J. Montero
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Úlceras por presión.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) implican graves repercusiones sanitarias, sociales, económicas, legales, así como su porcentaje de participación en la morbilidad y mortalidad. Un análisis situacional hace 3 años en nuestro hospital nos mostraba: un protocolo de prevención y tto del año 89; no disponíamos de indicadores epidemiológicos y registros; En corte de prevalencia realizado en octubre 2002 se observaron cifras elevadas en UCI: 50%; M. Interna y C. Paliativos: 30%; Se utilizaban medidas de prevención sin efectividad demostrada; Materiales y productos de tto diversos, sin gestión organizada y pedidos de forma anárquica según necesidades e intereses de cada unidad.

Objetivos: Mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados prestados a los pacientes con UPP o en riesgo de desarrollarlas. Instaurar y coordinar las medidas de prevención, tratamiento, epidemiología. Promover la formación e investigación en esta área. Disminuir la incidencia de UPP. Orientando la práctica de los cuidados hacia la Prevención. Creación de un Grupo asesor de UPP.

Metodología: Abordaje en Junta de Enfermería. Elaboración y seguimiento en la Comisión de Calidad del Plan de Trabajo. Creación del Grupo asesor de UPP. Elaboración e Implementación de la Guía de Práctica Clínica de Prevención. Tratamiento de UPP. Realización de Talleres Formativos en el abordaje de UPP a Enfermeras y Auxiliares. Realización de estudios con diseño observacional, descriptivo y transversal, mediante cortes de prevalencia semestrales en todas las unidades.

Resultados: Adquisición SEMP: se constituye un importante parque de (superficies para manejo de la presión). Se favorecen y potencian las medidas de PREVENCIÓN en las actuaciones enfermeras de forma prioritaria. Disminución de prevalencia, corte realizado en el 2º trimestre del 2004: UCI: 16%; Medicina Interna 19% y Cuidados Paliativos: 11%. Cambia la tendencia a estudios I y II. Definición del catálogo de productos de tratamiento según experiencia y evidencias disponibles. Buena acogida del programa por los profesionales. Diversas líneas de investigación sobre el tema, especialmente centradas en los aspectos preventivos.

Conclusiones: Hemos conseguido que los profesionales conozcan la importancia del abordaje de UPP como indicador de calidad de los cuidados enfermeros. Disponemos de una guía consensuada, con programación de implementación en todas las unidades y profesionales implicados en la difusión.

C-013

RESULTADOS DE LA MONITORIZACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA UGC PATOLOGÍA MAMARIA

I. Jiménez, A. Arenas, L. Fuentes, M.A. Mediavilla, D. Montero y J. Rodríguez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Calidad historia enfermería.

Introducción: En el Acuerdo de Gestión del año 2004 de la UC Patología Mamaria del H. U. Puerta del Mar de Cádiz, se establecen una serie de indicadores de calidad sobre la documentación enfermera. Para su medición se desarrolla un sistema de monitorización continua.

Objetivos: Medir indicadores de calidad de la documentación de enfermería. Conocer con la antelación suficiente la marcha de los indicadores. Instaurar medidas correctoras para los puntos críticos detectados. Difundir los resultados entre los profesionales.

Métodos: Se diseñó una hoja de registros para valorar el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos, en apartados clave de la documentación de enfermería y que entendemos básicos para conocer la implantación y desarrollo del proceso enfermero en la UCPM: Asignación enfermera paciente, Planificación de cuidados y Continuidad de cuidados. Una vez dado de alta el paciente, se procede a la revisión de la Historia clínica valorando específicamente la documentación enfermera. Los resultados se registran en la hoja de recogida de criterios y posteriormente se mecanizan en una base de datos, donde se establecen una serie de consultas sobre los indicadores a monitorizar.

Resultados: Se han revisado 131 historias de pacientes que han estado ingresados en la unidad de enfermería de UCPM. Además de los datos demográficos habituales se obtuvieron los siguientes resultados: Indicadores centinela sobre efectos no deseados: Úlceras por presión: 0%; Flebitis 1,4%; Caídas: 0%. Asignación enfermera paciente: esta registrada en HC en el 11,5%. Valoración inicial de enfermería: se realizó en el 64,1% Plan de cuidados cumplimentado correctamente: 7,6%. Preparación quirúrgica: se registró correctamente en el 91,6%. Instrucciones y enseñanza posquirúrgicas al paciente: en el 72,5% Informe de continuidad de cuidados correctamente cumplimentado y enviado en el 75,6%.

Conclusiones: Los resultados al principio del período no eran satisfactorios. La monitorización de los indicadores, la difusión de los resultados y el establecimiento de medidas de mejora, nos ha permitido ir evolucionando positivamente en algunos de los apartados. Especialmente en los registros de intervenciones enfermeras clave dentro del plan de cuidados como la preparación quirúrgica y la enseñanza posquirúrgica. También aumento la cantidad y la calidad de los Informes de Continuidad de Cuidados. Hay que destacar el satisfactorio comportamiento de los indicadores centinela sobre efectos adversos.

C-014

EL USO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN E INVESTIGACIÓN DE LOS CUIDADOS

J. Toro, M. Rich, A. Rojas, M.G. Farnós, R. Giménez y M.J. Notario
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

Palabras clave: Informatización enfermería.

Objetivos: Idear un sistema informático para la planificación de cuidados que permita sólo la introducción de información para la práctica resulta insuficiente si no permite la explotación posterior de la información introducida. La aplicación de las nuevas tecnologías para el cuidado del paciente debe contemplar la práctica, pero también la administración y gestión de cuidados y la investigación de los mismos. Partiendo de esta idea fundamental, cuando nos proponímos el diseño de un soporte informático para el desarrollo de los cuidados, contemplamos ya desde el inicio una triple necesidad: la creación paralela de un módulo clínico, de un módulo de administración y de un módulo de sistemas de información. La presente comunicación pretende describir la estructura y posibilidades del módulo de sistemas de información.

Métodos: Tipo de diseño: descriptivo.

Sujetos de estudio: Enfermos hospitalizados en el H. U. Reina Sofía en los primeros 4 meses de 2005. Recogida de datos: Los documentos analizados incluyen la hoja de valoración inicial, los resúmenes de cuidados y los Informes de Continuidad de Cuidados. Análisis de datos: estadística descriptiva univariante, básicamente frecuencias, extraída del módulo de sistemas de información de cuidados.

Resultados: Algunos de los datos durante el primer cuatrimestre reflejan: Porcentaje de pacientes con valoración inicial de enero a abril, 28,98, 34,46, 48,39 y 56,29; de pacientes con plan, 28,88, 33,95, 46,39 y 58,26; de ICC, 42,7, 49,2, 52,9 y 56,2; de diagnósticos que precisan continuidad durante este cuatrimestre ha sido de 31,93. Mientras el porcentaje de los diagnósticos más frecuentes en la hospitalización es: Ansiedad con un 16,99; Disposición para mejorar los conocimientos, 16,93; Deterioro de la movilidad física, 15,41; Conocimientos deficientes, 13,74; Riesgo de infección, 13,15.

Conclusiones: El módulo de sistemas de información permite una triple potencialidad: 1) obtener información sobre resultados clínicos; 2) monitorizar el proceso de atención; y 3) mejorar el contenido de la aplicación. Los datos obtenidos del presente estudio permiten comprobar: 1) la atención tanto a problemas biológicos, psicológicos y de aprendizaje entre las intervenciones más frecuentes; 2) un aumento progresivo de la utilización del soporte informático para la realización y registro del proceso completo, aunque comprobando mayor compromiso con la garantía de la continuidad al alta; y 3) un contenido bastante adecuado de los planes de cuidados estandarizados contenido.

C-016

PREVENCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE USUARIOS Y PROFESIONALES EN MEDIA Y LARGA ESTANCIA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL LA FUENFRÍA

L. Pascual, F. Mendoza, M. Galindo y P. González
Hospital La Fuenfría.

Palabras clave: Plan, Situaciones, Conflictivas.

Introducción: El cambio en la relación paciente/familia-profesionales ha generado una nueva demanda social, llevando a la regularización normativa de nuestros derechos y deberes como profesionales y usuarios y a la preocupación por evitar conflictos y situaciones violentas. En la Comunidad de Madrid, la orden 212/2004 de 4 de marzo promueve la elaboración de Planes de prevención adaptados al perfil de cada centro.

Objetivos: Desarrollar un Plan para prevenir situaciones conflictivas enfocado a hospitales de media y larga estancia. Implicar a los propios profesionales en su elaboración. Difundir a la comunidad sanitaria el resultado obtenido.

Metodología: Un grupo de trabajo multidisciplinar organizado por la Dirección lideró el proyecto (geriatra, psicólogo, enfermera responsable del Servicio de Atención al Paciente, supervisora de área y coordinadora de calidad). El grupo comenzó por requerir la colaboración de todos los responsables intermedios (médicos, jefe de admisión, supervisores de enfermería y jefe de personal subalterno) para confeccionar junto a su personal el mapa de situaciones generadoras de conflicto, que debidamente agrupadas según las áreas de la Orden 212 y unidas a las actuaciones preventivas concretas dieron lugar al plan de prevención de conflictos específico del Hospital La Fuenfría.

Resultados: El desarrollo del Plan ha dado lugar a productos como: la Guía para la coordinación y gestión de traslados dirigida a los hospitales emisores, un Plan de Acogida al Paciente aplicado al 100% de los ingresos, un Plan Estructural para mejorar la comunicación del usuario con su familia y la elaboración de Carta Abierta del Paciente para promover la adecuada convivencia y comportamiento entre usuarios y profesionales asistenciales.

Conclusiones: Se puso de manifiesto que en este tipo de centros son los familiares y acompañantes del paciente los usuarios más directamente implicados en situaciones conflictivas aunque no suele generarse violencia. Los factores clave son: inadecuada expectativa del usuario respecto al tiempo de ingreso y al tipo de tratamiento que recibirá, desconocimiento y desacuerdo con el funcionamiento interno tras el ingreso, insuficiente respeto a las normas básicas y dinámica de trabajo asistencial y comunicación/trato manifiestamente mejorable entre usuario/familia y profesional asistencial.

C-015

MESA 3

Calidad científico-técnica (I)

EVALUACIÓN AUTOMATIZADA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL AL TOTAL DE PACIENTES DEL ÁREA 4 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID

J. Mena, L. Sánchez y A. Cañada
Gerencia Atención Primaria Área 4 de Madrid.

Palabras clave: Calidad asistencial, evaluación.

Objetivos: Describir el procedimiento automatizado y los resultados de la evaluación de criterios de Calidad Asistencial basados en la evidencia científica del total de pacientes de un área de salud.

Método: El Programa de Calidad Asistencial del Área 4 recoge 5 criterios priorizados: Control de la HTA, Control de HbA1c en Diabéticos, Prevención secundaria de Cardiopatía Isquémica, Prevención con antiagregantes en pacientes en riesgo cardiovascular, e IECAS en tratamiento de pacientes con Insuficiencia Cardiaca. Cada criterio consta de varios subcriterios (entre 4 y 7) referidos al buen seguimiento (ej. determinación semestral de HbA1c), o al grado de control de los pacientes seguidos (ej. nivel de HbA1c < 7). El Programa se adapta a las recomendaciones del Instrumento Agree para el diseño y evaluación de Guías Clínicas y está incluido en la Biblioteca de la Historia Clínica OMI en formato electrónico en todos los EAP del área. Para la evaluación de los criterios de 2005, las Unidades de Sistema de Información y Calidad han desarrollado una herramienta basada en sentencias SQL que permite obtener, de forma automática y rápida, resultados sobre el TOTAL de la población del Área (573.000 personas), sin realizar muestreos a través de los datos recogidos en la HC informatizada OMI-AP. Se ha evaluado un total de 111.461 HC en solo dos días. La fiabilidad de los resultados se validó mediante muestreo. El Programa informático genera los resultados por centro y por profesional.

Resultados y conclusiones: Se exponen de forma muy resumida señalando Nº HC evaluadas, % Buen seguimiento y % Buen Control: Seguim. y control HTA (52.396, 80,5% 62,1%), Seguim. y control DIABETES (17.060, 37%, 51%), Prevención C. ISQUEMICA (9.182, 49,4%, 35,4%) Preven. AAS en riesgo CV (29.781, -, 63,3%), IECAS INSUF CARDIACA (3.042, -, 65%) Los resultados superan la mayoría de los publicados en trabajos similares y mejoran los obtenidos en 2004 (muestreo de 16.000 HC). Tras la evaluación, se han analizado los resultados de cada EAP identificando áreas de mejora que son priorizadas dentro de sus programas de calidad. La evaluación ha tenido una excelente acogida por los profesionales, que disponen de sus resultados personales comparados con la media del área y de su EAP. La utilización de la HC Informatizada facilita la realización de las intervenciones de calidad permitiendo la evaluación de toda la población de referencia, con un coste mínimo, sin necesidad de muestreo y de forma sencilla y rápida.

PROTOCOLO DE AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA EN UN EQUIPO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

A. Aloy-Duch, M. Saavedra-Montes, R. Monrabà-Cabot, J.M. Giraldo-Sebastia, J.A. Sánchez-Olivares y P. Lanau-Fuster
Hospital de Calella. Barcelona.

Palabras clave: Indicadores, extrahospitalario, asistencia.

Objetivos: Presentar el estudio de concordancia y el estudio basal del proceso o proyecto denominado "AVALUEM", de autoevaluación continuada de la calidad de la asistencia médica extrahospitalaria, mediante la creación y estudio de fiabilidad, validez, factibilidad y relevancia de unos indicadores resultado de la valoración de los datos del informe médico de asistencia.

Material y métodos: El proceso se inicia con la recogida en cada informe de asistencia, por parte de todos los profesionales del equipo, de unos indicadores cuantitativos y cualitativos globales e individuales. Para la creación y desarrollo del proyecto AVALUEM: 1. Hemos diseñado un formulario informático, con 35 parámetros-indicadores que se han validado mediante la realización de un estudio de concordancia con el coeficiente de correlación intraclass. 2. El estudio basal fue descriptivo, retrospectivo y multicéntrico, con los informes médicos realizados durante la primera semana de cada mes del año 2004. Hemos definido 35 indicadores específicos (indicadores de los parámetros) y tres indicadores generales (cuantitativo, cualitativo y global) que resultan de la suma de los anteriores. Todos tenían que cumplir el valor estándar $\geq 85\%$.

Resultados: El coeficiente de correlación intraclass en un grupo de 20 casos fue para el indicador cuantitativo $> 0,8$ ($P < 0,0001$) y para el indicador cualitativo de $> 0,8$ ($P < 0,0001$). Se incluyeron en el estudio 332 pacientes, con una media de edad de $54,02 \pm 23,86$ años con 211 (63,6%) hombres. Hemos detectado 48 (14,5%) casos tributarios de ser presentados anónimamente y discutidos en sesión. Respecto a los indicadores, el cuantitativo fue de $65 \pm 7,3$ puntos de promedio sobre 70 ($\geq 85\%$); y el cualitativo de $27 \pm 4,2$ puntos sobre 30 ($\geq 85\%$). Cuando se consiguieron simultáneamente los dos estándares, el indicador global final fue del 61% ($< 85\%$).

Conclusiones: El redactado del formulario informático propuesto es válido y útil. Se detectó un pequeño grupo de casos clínicos (14,5%) que precisaron la realización de sesiones clínicas, si bien necesitaremos esperar al segundo estudio post-implantación. El cumplimiento simultáneo de los dos indicadores se produjo en el 61% de pacientes, por debajo del estándar del 85%, indicándonos que nos queda aún mucho camino para mejorar. El proyecto "AVALUEM" se perfila como el instrumento más útil hasta el momento para orientarnos e inferir a través de la hoja asistencial de como estamos asistiendo a nuestros pacientes en el ámbito extrahospitalario.

C-017

CICLO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CONTROL DEL GEDAPS EN UNA ZONA DE SALUD RURAL

R. Gómez-Navarro, S. Carrasco-Bonilla y A. Navarrete-Maicas
CS Teruel Rural.

Palabras clave: Diabetes, Atención primaria, Control.

Objetivos: Conseguir incrementar de manera notable el porcentaje de pacientes diabéticos atendidos en nuestro EAP que cumplen los criterios de buen control propuestas por el Gedaps o al menos que aunque no lleguen a cumplirlos, su perfil mejore sensiblemente con respecto al que poseían previamente.

Métodos: Se ha utilizado la metodología habitual en la realización de los ciclos de mejora de calidad.

Resultados: Se ha valorado el grado de cumplimiento de los cinco criterios de buen control de la DM definidos por el Gedaps ($HbA1c < 7\%$, $Col\ Tot < 200\ mg./dl.$, $LDL-Col < 100\ mg./dl.$, $HDL-Col > 40\ mg./dl.$, $Tgc < 150\ mg./dl.$, $TA < 130/85\ mmHg.$ y abstinencia de tabaco). Primeramente se hizo una evaluación retrospectiva interna de la situación de partida de los 63 pacientes mayores de 65 años con Diagnóstico de DM Tipo II de nuestra Zona Básica analizando el período 1/10/2002 a 30/9/2003 tanto de proceso (registro en la historia de control de los siete parámetros) como de resultados, cuantificando el porcentaje de los pacientes que cumplían los objetivos de control. Tras desarrollar diversas actividades tendentes a conseguir la mejora propuesta se procedió a realizar la reevaluación sobre los 55 casos que habíamos seguido durante el período 1/10/2003 a 30/9/2004. Con respecto al proceso en todos los parámetros (excepto en TA debido a cambios en la valoración del criterio) se obtuvieron mejoras relativas que oscilan en torno al 60% con significación estadística. En lo relativo a los resultados de control y considerando que era excluyente no cumplir el proceso, se obtuvieron mejoras en todos los parámetros que fueron estadísticamente significativas en cuatro de los siete parámetros ($HbA1c$, $LDL-Col$, $HDL-Col$ y Tgc).

Conclusiones: La realización del ciclo de mejora ha resultado una herramienta útil para mejorar la atención a nuestros pacientes diabéticos tanto si consideramos objetivos de proceso como de resultados en salud. Esto nos ha impulsado para continuar este proyecto con objetivos más ambiciosos tanto en lo relativo a aumentar la cobertura de pacientes seguidos como a ampliar nuestros objetivos a otros parámetros no contemplados en esta primera fase.

C-019

PROCESO DE CADERA 2000-2004. MEJORA DE LOS INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD

L. Bernacer, I. Marimon, M. Rius, G. Mateos, A. Corral y C. Diago
Fundación Hospital Manacor.

Palabras clave: Fractura cadera, mortalidad, seguridad clínica.

Objetivos: Análisis y evaluación de la morbimortalidad de los pacientes atendidos mediante el proceso cadera y su comparación con el standard y el Benchmark de los hospitales que participan en el programa Hospitalitas Top 20 IASIST.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un hospital comarcal de 207 camas. *Intervención:* implementación de un proceso asistencial previamente diseñado. *Población de estudio:* pacientes con fractura de cadera atendidos durante el período 01 enero 2000 y 01 junio 2004. *Variables analizadas:* edad, sexo, grupo relacionado con el diagnóstico (GRD), clasificación AO, riesgo quirúrgico, circunstancia del alta, peso medio, peso relativo, mortalidad, morbilidad, estancia media, diferencia estancia media, estancias evitables. La estancia media por GRD se estima a partir de los 4 centros con mejor funcionamiento en gestión de camas. Se comparó los datos del servicio con los que componen el Benchmark para la misma casuística y se revisó y analizó de una muestra aleatoria de 170 pacientes las variables de morbimortalidad.

Resultados: Durante el período de análisis se han realizado 1690 intervenciones de fractura de cadera. Edad media de 82 años (rango 51-100), 68,45% mujeres, razón 2,16. Tasa cruda 30,1 por 10.000 hab/año. Clasificación AO 35% A1, 45% A2, 20% A3. Riesgo quirúrgico ASA II 7,7%, ASA III 77,9%, ASA IV 14,3%. El 65% intervinieron primeras 12 horas y el 95,36% primeras 24 horas. Tiempo quirúrgico 25,55 minutos (rango 6-70), mediana 24 y CV 49,3, el 75% tiempo quirúrgico inferior a 30 minutos. Mortalidad intrahospitalaria 1%, mortalidad al año 22%. Morbilidad intraoperatoria 13,5%, primeras 24 horas poscirugía 23,2% y entre las siguientes 24 horas y el alta 12,5%. Las complicaciones más frecuentes fueron trastornos SNC 11,9%, tracto digestivo 2,4%, trastornos renales 1%, Cardiovascular 1% e infección herida quirúrgica 1%. Seguimiento medio de 376 días (rango 1-837). Impacto con disminución de 4539 estancias evitables en el período de estudio.

Conclusiones: El análisis y evaluación del proceso después de 5 años de funcionamiento ha mostrado ser una herramienta segura en el tratamiento de las fracturas de cadera y ha permitido mejorar la mortalidad, morbilidad y eficiencia en el uso de los recursos asistenciales respecto a los hospitales que componen el Benchmark.

C-020

ADECUACIÓN DEL CONSUMO DE TIRAS REACTIVAS Y AGUJAS DE INYECCIÓN EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

J.L. Antón, M.J. Gomara, V. De-Blas, M.T. Jandra, M.L. Revuelta y M.A. De-Francisco
C.S. Dr. Tamames. Madrid.

Palabras clave: Autoanálisis, Glucemia capilar, Diabetes mellitus. Debido al aumento del gasto de tiras reactivas de glucosa en los últimos años, se plantea como objetivo comprobar si con el uso racional de las tiras de glucosa descendía el gasto. Analizando los problemas se llegó a un objetivo en el cual se unificaron criterios en base a los consensos de las diferentes sociedades científicas, para la dispensación de glucómetros, tiras reactivas y agujas. Del análisis de varios estudios evidenciamos que el autocontrol no era eficaz ni efectivo aisladamente, que el mayor consumo no se asociaba a un mayor control, que el autocontrol está indicado sólo si el paciente es capaz de autoajustar la dosis de insulina pero que a pesar de ello era especialmente importante el autoanálisis diario en los pacientes tratados con insulina o hipoglucemiantes orales, ya que ayudaba a los pacientes a identificar las hipoglucemias, a determinar las consecuencias de la dieta y del ejercicio en el control glucémico para ajustar la medicación y para realizar cambios terapéuticos sin esperar los resultados de la hemoglobina glucosilada. Se inició un protocolo de autocontrol donde se cumplimentaban los siguientes datos; tipo de diabetes, tratamiento actual, IMC (tipo de aguja), fecha entrega glucómetro, fecha entrega 1ª tiras, fecha inclusión en programa, tipo de glucómetro, determinaciones semanales, sanitario prescriptor y si hay sustitución del glucómetro y porqué. Se creó un algoritmo de seguimiento y se dictaron unas características que se debían cumplir, teniendo todos los pacientes una valoración, tener completado el protocolo de inicio y registrada la entrega de material. Tras la monitorización realizada en mayo de 2005 y pendiente de finalizar el proyecto en septiembre de 2005, el EAP espera haber conseguido una unificación en la prescripción de glucómetros y un uso más racional del consumo de tiras y material, según las recomendaciones de las sociedades científicas además de poder realizar estudios de coste efectividad del autoanálisis-autocontrol.

C-022

PRIORIZACIÓN DE LAS INDICACIONES DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS SEGÚN SU UTILIDAD Y POSIBILIDAD DE CAMBIAR LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

A. Barranquero, M.P. Valpuesta, F. Llanes, A. Irastorza y J. García-Rotllán
Servicio de Protocolos Asistenciales-SAS.

Introducción: Con motivo de la publicación del decreto de garantía de tiempos de espera para primeras consultas y pruebas diagnósticas, se comienza la valoración de las indicaciones adecuadas de cada una de las pruebas publicadas en el decreto (funcionales y de imagen complejas).

Material y método: En una primera aproximación se hace una búsqueda bibliográfica sobre los grados de evidencia para los distintos diagnósticos y las indicaciones de cada una de las pruebas que valoramos, estableciendo una clasificación de las mismas según su especificidad, sensibilidad y evidencia científica. Se tienen en cuenta los efectos adversos recogidos en cada una de ellas. En una segunda aproximación se establece una gradación de uso de las pruebas teniendo en cuenta el tipo de publicación (grado de evidencia), y añadiendo a ellos la disponibilidad y facilidad de realización así como los efectos adversos que cada una puede tener. Se realiza esta tabla que se pasa en cada uno de los grupos de trabajo para su aprobación: priorización de las indicaciones de pruebas diagnósticas según su utilidad y posibilidad de cambiar la estrategia terapéutica. *I.* Deben realizarse siempre en primer lugar, por su inocuidad y rentabilidad diagnóstica, pueden ayudar a protocolizar otras pruebas más agresivas o cruentas. *IIa.* Utilizadas porque las de indicación I no nos dan el diagnóstico, o no están disponibles o están contraindicadas en el paciente. *IIb.* Cuando las dos anteriores no han sido concluyentes. *III.* Siempre en última instancia, pueden tener efectos adversos importantes, pero se consideran necesarias para tomar una decisión terapéutica.

Resultados: Los grupos de trabajo han sido especialistas en: angiología y cirugía vascular, patología digestiva, urología, neurología, otorrinolaringología, endocrinología y nutrición y cardiología, de Andalucía. Todos ellos han aprobado por unanimidad la clasificación en los diferentes grupos, salvo cardiología que utilizó la clasificación de la sociedad americana de cardiología.

Conclusiones: 1) Consideramos esta clasificación útil porque permite optimizar la utilización de las pruebas. Éstas se harán de forma secuencial y no simultánea. 2) Permite utilizar las más adecuadas evitando estudios innecesarios que buscan los mismos hallazgos. 3) Mejora la gestión de los recursos disponibles.

C-021

CICLO DE MEJORA EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISLIPEMIAS

M. Santiago-García, A. García-González, A. Barragán-Pérez, M. Moreno-Valero, J. Foncubierta-Martínez y F. Pérez-Aguilar
Gerencia de Atención Primaria. Murcia.

Palabras clave: Dislipemias. Ciclo de mejora. Atención primaria.

Objetivos: Evaluar la calidad de la asistencia prestada al paciente con dislipemias.

Métodos: Evaluación de coberturas y cumplimientos de Normas Técnicas (NT) del Servicio "Atención a Personas con Dislipemias" en el Área de Salud de Cartagena. *Período:* 1-6-2003 a 31-5-2004. *Fuentes de datos:* Historias Clínicas. Muestreo sistemático estratificado de los pacientes adscritos a los cupos de Médicos de Familia. Nivel de confianza del 95% y error de precisión del 10%. Las Normas Técnicas (NT) evaluadas fueron: *Criterio 1:* Diagnóstico. *Criterio 2:* Antecedentes personales, familiares y hábitos tóxicos. *Criterio 3:* Peso, Talla, Tensión Arterial (TA) y glucemia. *Criterio 4:* Recomendaciones higiénico-dietéticas y consejo antitabaco (en fumadores). *Criterio 5:* 1) Colesterol Total/año, adherencia al tratamiento y plan terapéutico. *Criterio 6:* Tratamiento con medidas higiénico-dietéticas previas al tratamiento farmacológico. *Criterio 7:* TG, HDL y LDL. *Criterio 8:* Colesterol total < 240 mg/dl. (última determinación), 2 modalidades de evaluación. *A)* Completa (los 8 criterios). *B)* Abreviada (3 criterios): el 1 (diagnóstico), el 7 (seguimiento) y el 8 (control).

Resultados: Colaboraron 12 EAP de los 19 existentes (241.136 usuarios). 7 EAP eligieron la evaluación completa y 5 EAP la abreviada. Los resultados de los criterios 1, 7 y 8 son de todos los EAP participantes y el resto de los EAP que eligieron la modalidad completa. La Comisión de Calidad remitió a los EAP sus datos y los del Área, así como las sugerencias de medidas correctoras. C-1: 94,8% (IC 95%: 92,72-93,88) C-2: 64,5% (IC 95%: 59,81-68,08) C-3: 61,5% (IC 95%: 56,03-65,17) C-4: 62,6% (IC 95%: 54,10-64,90) C-5: 50,3% (IC 95%: 48,36-57,24) C-6: 72,9% (IC 95%: 68,53-76,87) C-7: 59,9% (IC 95%: 55,83-64,84) C-8: 50,2% (IC 95%: 45,92-55,28). *Criterios menos cumplidos:* C-8 (Control), C-7 (Seguimiento), C-6 (Perfil lipídico previo al tratamiento farmacológico), C-4 (Recomendaciones higiénico-dietéticas). Estos cuatro ocupan el 62,06% de los problemas de calidad del servicio. Las medidas correctoras fueron de tipo organizativo, de registro, formación, etc.

Conclusiones: 1) Número escaso de pacientes dislipémicos controlados (50,2%). 2) Número escaso (59,7%) de pacientes dislipémicos con seguimiento (1 Colesterol Total/año, adherencia al tratamiento y plan terapéutico). 3) Las recomendaciones higiénico-dietéticas y el consejo antitabáquico se realizan poco (60%).

C-023

**ESTRATEGIA DE OBSERVACIÓN COMO PARTE DE UN
PROCESO DE MEJORA DE CALIDAD RESPECTO A LA
PREVALENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL**

A. Zuasnabar, J.L. Simón, B. Martínez, D. Navarro y E. Martín
Fundació Hospital. Asil de Granollers.

C-024

Palabras clave: Infección nosocomial, neonatología.

Objetivo: Descripción de la observación directa dentro de una estrategia global de mejora de calidad centrada en la disminución de infección nosocomial en la unidad neonatal de la Fundació Hospital/Asil de Granollers.

Material y método: Se revisaron los índices de infección nosocomial en los últimos 10 años. En prematuros de < de 1.500 gr fue del 28%, causada por *s. epidermidis* en el 76% de los casos. Se utilizó un procedimiento de observación y registro sistematizado. Se registró la estrategia de antisepsia efectuada y la calidad de la misma en cada episodio de contacto para su posterior análisis. Se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar y se elaboró una estrategia de cambio basada en la intervención sobre diferentes elementos identificados como influyentes. Se describe una estrategia de cambio en diferentes aspectos relevantes en la prevalencia de infección nosocomial.

Resultados: Se observaron 162 episodios de intervención sobre neonatos protagonizados por diferentes actuantes (76% enfermeras, 15% auxiliares, 8% médicos, 1% técnicos). En un 99% se efectuó algún procedimiento de antisepsia previo a la intervención sobre el neonato. En 6 casos (3,7%) la antisepsia fue inducida por algún miembro del equipo. El procedimiento más frecuente fue el lavado de manos (66%), seguido por el lavado de manos más solución antiséptica (18%) y la utilización de solución antiséptica (15,4%). Esta distribución se mantiene en todos los actuantes. El lavado de manos no siempre tuvo una duración mínima aconsejada. Las estrategias seguidas por el personal no se ajustan con las recomendaciones más actuales, más sencillas y fáciles de cumplimentar.

Conclusiones: 1) La observación y registro sistematizado aporta datos útiles en una estrategia de cambio y mejora de calidad. 2) La observación efectuada inducirá cambios en la estrategia de antisepsia en el contacto del personal con los neonatos. 3) Esta estrategia de observación no ha revelado incomodidad ni rechazo por parte del personal con los neonatos. 4) Es importante disponer de un instrumento sistematizado de observación que permita un análisis riguroso y una repetición del procedimiento en el tiempo o en otras unidades. 5) Aunque la observación, en este caso, puede modificar la realidad observada, es un elemento útil en la concienciación del personal sobre la relevancia de sus actos en la estrategia perseguida de disminución de la infección nosocomial.

MESA 4

Satisfacción de pacientes (I)

**MEDIDAS DE RESULTADO DE UNA ATENCIÓN CENTRADA EN
EL PACIENTE 2001-2004**

A. Galán, A. Fernández-Crehuet, C. Nebot, C. Sanjuán,
A. Villanueva y V. Saurí
Dpto. de Psicología de la Salud.

C-025

Palabras clave: Satisfacción del paciente, autonomía del paciente.

Objetivo: Determinar el grado de cumplimiento, desde el punto de vista del paciente, de determinadas "buenas prácticas" en defensa de su autonomía.

Método: Estudio pre-postest (medidas en 2001 y 2004) del grado de cumplimiento de objetivos asistenciales del Programa de Humanización de la Atención Sanitaria de la Comunidad Valenciana considerados como "buenas prácticas" y reportados por 30.379 pacientes atendidos en hospitales, 37.374 en AP y 489 que habían presentado una queja escrita. En paralelo se analiza mediante Chi-Cuadrado si la ocurrencia de estas buenas prácticas se asocia a la satisfacción del paciente.

Resultados: Comparativamente se aprecian diferencias pre-postest en las manifestaciones de los pacientes en Urgencias sobre si han sido informados tras diagnóstico de qué convenía hacer (73,3% vs. 76%, $c^2 = 4,75$, $p = 0,029$), si han podido estar acompañados en Urgencias (85,3% vs. 91,2%, $c^2 = 26,22$, $p < 0,0001$), realizada acogida en el ingreso hospitalario (54,9% vs. 58,9%, $c^2 = 20,29$, $p < 0,0001$), si se ha informado al menor del motivo del ingreso (89,1% vs. 91,8%, ns), si el menor ha dispuesto de algún juguete durante su estancia (70,6% vs. 72,3%, ns), frecuencia del consentimiento informado (88,6% vs. 89%, ns), poder preguntar dudas sobre parto y posparto (86,9% vs. 90,1%, $c^2 = 4,64$, $p = 0,031$), informada propiedades lactancia materna (72,9% vs. 79,1%, $c^2 = 10,17$, $p < 0,001$), poder elegir día y hora de consulta en CE (44,5% vs. 46,6%, ns), respuesta queja en menos de 30 días (68% vs. 78,2%, $c^2 = 5,61$, $p = 0,018$), accesibilidad cita con especialista en AP (adultos: 61,7% vs. 67,9%, $c^2 = 97,32$, $p < 0,0001$; pediatría: 66,3% vs. 74,4%, $c^2 = 102,54$, $p < 0,0001$). Todas las medidas se asociaron significativamente a un mayor nivel de satisfacción del paciente ($p < 0,001$).

Conclusiones: La presencia de estas buenas prácticas influyen en el nivel de satisfacción del paciente. En tres años se aprecian mejoras significativas en la mayoría de objetivos para lograr una mejor atención al paciente en los centros públicos.

NUESTRO PRINCIPAL OBJETIVO: GARANTIZAR LA SATISFACCIÓN AL USUARIO

J.A. Ramírez-Moreno, A. Raya-Serrano, G. Ramos-Rolón, M. Ortiz-Martín y M. Mohedo-Caballero
Hospital San Juan de Dios.

Palabras clave: Usuario, Satisfacción, Benchmark.

Dentro de un proceso de acreditación uno de los principales objetivos es la atención al ciudadano. Esto unido a la misión y valores de nuestra institución que tiene como eje fundamental la persona enferma, hacen que una de las líneas estratégicas del centro se dirija a garantizar la satisfacción del usuario, incluso superando sus expectativas. Para cumplir los estándares de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía se han desarrollado e implantado procedimientos de actuación e indicadores que nos han permitido conocer nuestra situación en este nivel. Dentro de las herramientas utilizadas y entre otras, se encuentran las encuestas de satisfacción a usuarios, gestión de sugerencias escritas y verbales, así como análisis de quejas y reclamaciones, además de garantizar los derechos y deberes de los ciudadanos. Los parámetros más valorados por nuestros clientes son: escaso tiempo de espera, información recibida (al ingreso y en las exploraciones a realizar), información al alta, cuidados de enfermería y asistencia médica, trato digno y respetuoso y limpieza entre otros. La respuesta obtenida por el usuario respecto a las sugerencias, unido a los resultados anteriores, reflejan que el 99% de los encuestados volvería a utilizar nuestros servicios. Realizado un ejercicio de benchmarking del grado de cumplimiento en los estándares, se aprecia una posición superior a la media en el criterio de usuarios: Satisfacción, participación y derechos, del hospital San Juan de Dios de Córdoba comparado con los centros acreditados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía hasta el momento. Esto nos sitúa en la actualidad como punto de referencia a nivel autonómico, garantizando el cumplimiento de nuestro objetivo.

C-026**CONDICIONES DE ALOJAMIENTO DE LOS HOSPITALES. VALORACIÓN DE LOS USUARIOS AL ALTA Y TRAS UN MES DEL ALTA**

E. Navarro-Brito, M.V. Moreno-Portela, R. Hernández-González, V. Naranjo-Sintes, J.M. Reyes-Melian y M.T. Rodríguez-Delgado
Servicio Canario de la Salud.

Palabras clave: Encuesta, Satisfacción, Hospital.

Objetivo: Conocer la evaluación que realizan los usuarios de las condiciones de alojamiento de los hospitales de una comunidad autónoma (CA). Comparar la valoración realizada en el momento del alta con la de un mes después del alta.

Método: Estudio descriptivo transversal mediante dos encuestas de satisfacción. Una realizada mediante un cuestionario de elaboración propia, validado, auto-cumplimentable y anónimo que se administró en días predeterminados de mayo de 2004, la segunda mediante una entrevista telefónica en noviembre del 2004, con idéntico cuestionario. En la primera encuesta los sujetos de estudio son todos los pacientes dados de alta en cada fecha. En la segunda, la muestra debía tener idéntica estructura y distribución en cuanto a edad, sexo, servicio y duración del ingreso, se entrevistó a los pacientes un mes después del alta hospitalaria. Se llevaron a cabo en los 10 Hospitales públicos de la CA. Las variables analizadas fueron: acogida, limpieza, ruidos, comida, servicio, duración del ingreso, edad y sexo.

Resultados: Se recogieron 3.315 encuestas en mayo (90,5% de tasa de respuesta) y se entrevistaron telefónicamente 2.918 (89,81% de tasa de respuesta). Al alta el 79,1% (IC 95%: 77,73-80,47) conocía las normas de la planta, el 67,9% (IC 95%: 66,32-69,48) recibió la Carta de derechos y deberes del usuario. En la telefónica los porcentajes fueron 65,1% (IC 95%: 63,38-66,82) y 52,4% (IC 95%: 50,59-54,21) respectivamente. El 93,5% (IC 95%: 92,73-94,27) considera satisfactoria la limpieza al alta y el 93,3% (IC 95%: 92,44-94,2) en la telefónica. En cuanto a ruidos por obras, tráfico y timbres o voces el 73% (IC 95%: 71,51-74,49) 81,6% (IC 95%: 80,30-82,90) y 69% (IC 95%: 67,44-70,56) respectivamente la consideró no ruidosa al alta y 89,7% (IC 95%: 88,6-90,8) 96,8% (IC 95%: 96,16-97,44) y 84,5% (IC 95%: 83,19-85,81) por teléfono. En cuanto a Cantidad, Temperatura, Calidad y Variedad de Comida están satisfechos un 87,3% (IC 95%: 86,08-88,32), 87,3% (IC 95%: 86,08-88,32), 83% (IC 95%: 81,73-84,27) y 82,7% (IC 95%: 81,42-83,98) respectivamente al alta y un 95% (IC 95%: 94,19-95,81), un 92% (IC 95%: 90,98-93,02), un 83,3% (IC 95%: 82-84,8) y 91,9% (IC 95%: 90,98-93,02) en la telefónica.

Conclusiones: La valoración de los usuarios en relación con la comida es mejor un mes después de su ingreso que en el momento del alta. La acogida de los pacientes obtiene una peor valoración en la encuesta telefónica. Todos los aspectos relacionados con el ruido son mejor valorados tras un mes de alta.

C-028**EFICIENCIA Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA TELEFÓNICA Y POSTAL. UN ESTUDIO COMPARATIVO**

F. Palacio, M. Zubimendi, L. Madina, V. Irigoyen, M. Merino e I. Sánchez
CS Ondarreta. Navarra.

Palabras clave: Encuesta, teléfono, correo.

La encuesta de opinión es una técnica ampliamente utilizada en Atención Primaria, en la que se pueden emplear diferentes estrategias. Por ello realizamos un estudio para: 1. Valorar la eficiencia de dos estrategias diferentes. 2. Comparar los resultados según la estrategia.

Emplazamiento y métodos: Estudio realizado en un Centro de Salud, sobre una muestra aleatoria de la población atendida en los últimos 15 días. Se realizan una encuesta telefónica, y simultáneamente otra por correo con envío a domicilio y respuesta prefranqueada. Ambas con el mismo contenido: satisfacción general, accesibilidad, información, etc. Se estudian costes de personal, de material y de teléfono, y el coste total por cuestionario, según las dos estrategias. Se comparan los resultados obtenidos según ambas estrategias.

Resultados: *Eficiencia:* 1. *Encuesta telefónica:* Se realizaron, en diferentes tramos horarios, 167 llamadas. 100 válidas, 15 rechazaron participar (7 personas muy mayores) y en 52 no se pudo conectar. La práctica totalidad fue a fijos. Coste de llamadas: 115 llamadas de 7' x 0,20 euros = 23 euros. Coste de personal: 20 horas de trabajo x 15,76 euros = 315,2 euros - coste/cuestionario: 3,38 euros (0,23 teléfono y 3,15 personal). 2.

Encuesta postal: Se enviaron 500 cuestionarios, y se recogieron 101. Correos devolvió 2. Coste de material: franqueo (0,21*2*500) = 210, material (2 sobres + 2 folios fotocopiados + etiquetas) = 25 eu. Total 235 euros. Coste de personal: (direcciones 20 horas - manipulación 5 horas + entrada de datos 4 horas) 29 horas x 15,76 = 457,04 euros. Si la busca de direcciones se hiciera informatizada sería: 2 horas de impresión de etiquetas + manipulación 5 horas + entrada de datos 4 horas. 11 horas x 15,76 = 173,36 euros. coste/cuestionario: 6,85 euros (2,33 material y 4,52 personal). coste/cuestionario: 4,05 euros (2,33 material y 1,72 personal). Resultados. Puntuaciones. La "Satisfacción global" obtuvo una puntuación de 8,15 en la telefónica, y de 6,16 en la postal; la diferencia fue muy significativa estadísticamente. Se comparan los resultados de las otras preguntas, y se mantienen estas diferencias.

Conclusiones: La encuesta postal resulta 0,67 euros más cara que la telefónica. Su implementación es más cómoda y evita el sesgo del entrevistador. Los resultados se ven afectados por la estrategia seguida, obteniéndose peores resultados en la postal.

Financiación: Dirección Territorial de Sanidad de Guipúzcoa.

C-027**CALIDAD RECONOCIDA, CALIDAD NO RECONOCIDA Y CALIDAD INNECESARIA**

J.J. Mira, V. Pérez-Jover, O. Tomás, A. Pérez-Blasco, F. Borrás y J. Rodríguez-Marín
Universidad Miguel Hernández.

Palabras clave: Calidad, Atención sanitaria, Encuesta.

Objetivo: Analizar la frecuencia con que los pacientes reconocen la calidad de la atención de la que son objeto.

Método: Estudio descriptivo de: Calidad Reconocida (CR) definida como la suma de pacientes satisfechos que son objeto de buena atención y de insatisfechos que no son objeto de buena atención; Calidad No Reconocida (CNR) entendida como pacientes insatisfechos que son objeto de una buena atención; y Calidad Innecesaria (CI) definida como pacientes satisfechos que no son objeto de buena atención. En total se analizan 7.138 respuestas a encuestas de opinión de pacientes atendidos en Urgencias, 3.440 en Pediatría, 5.379 en Cirugía Mayor Ambulatoria, 4.641 respuestas a encuestas de opinión de pacientes atendidos en Obstetricia, 9.303 Medicina y 10.829 en Cirugía en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana. Las encuestas fueron realizadas, con la misma metodología, los años 2001 a 2004 en períodos similares de tiempo.

Resultados: Ejemplos que identificamos de CR: información al alta (Pediatría un 94% de pacientes declaran haber sido objeto de buena o mala práctica y valoran positivamente o negativamente la atención, respectivamente; CMA 97%), especificar cómo llevar a cabo el seguimiento del paciente (CMA 97%), respetar la intimidad del paciente (Obstetricia 93%; Urgencias 80%), estar acompañado (durante parto 87%; en el box 72%), ser informado en el ingreso sobre el centro (Pediatría 69%, Cirugía 67%, Medicina 64%). La CNR la identificamos fundamentalmente en Urgencias: Información al alta (21% de los pacientes que declaran ser objeto de buena práctica se declaran insatisfechos), estar acompañado en el box (19%), consentimiento informado (18%) o informado de qué se le va a hacer al paciente (19%). Ejemplos de CI: estar acompañado en la habitación (Pediatría en el 93% de los casos que no son objeto de buena práctica se declaran a su vez satisfechos), conocer por su nombre personal de enfermería (CMA 55%), información en el ingreso sobre funcionamiento del centro (Obstetricia 46%), o la posibilidad de elección de menú (Medicina 31%; Cirugía 32%).

Conclusiones: Las expectativas del paciente sobre lo que cabe esperar de la atención sanitaria parecen estar a la base de la calidad reconocida, de la no reconocida y de la calidad innecesaria. Un elevado porcentaje de pacientes atendidos en Urgencias no valoran suficientemente las atenciones que reciben.

C-029

EL HEXÁGONO DEL PACIENTE: TRADUCIENDO LA VOZ DEL CLIENTE A TASAS DE PROBLEMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.J. López-Picazo, M.D. Lázaro, G. Sanz, M.E. Villaescusa, P. Alarcón y J.A. Alarcón

Gerencia de Atención Primaria de Murcia (GAPMU).

Palabras clave: Tasa de problemas, cliente, calidad percibida.

Objetivos: Obtener datos de calidad percibida por el paciente no es habitual en Atención Primaria, y supone un déficit relevante de información en su auto-evaluación y mejora. La aparición de la "encuesta de calidad percibida en atención primaria" (ECPAP) en SMS permite avanzar, aunque su análisis estándar (proporciones de respuesta) no ofrece una visión holística ni conclusiones operativas. Por ello la Gerencia de Murcia (GAPMU) se propuso tratar esta información tal que resumiera datos de sus principales áreas de interés, permitiera comparaciones entre organizaciones y centros (EAP) y fuera útil para detectar problemas y desplegar acciones.

Metodología: ECPAP es una encuesta validada de 52 preguntas, la mayoría cerradas como escala Likert. Sobre ellas un grupo GAPMU: Elaboró indicadores orientados a mostrar problemas. Los analizó y seleccionó según criterios de relevancia, validez facial y factibilidad para desplegar iniciativas. Valoró sus interrelaciones, detectando áreas de interés y agregándolos en indicadores compuestos tipo "tasa de problemas" (TP). Calculó TP e IC95%, analizó resultados de ECPAP 2004 (3055 encuestas, 1946 sobre GAPMU) y valoró su utilidad para comparar GAPMU con su entorno, identificar puntos fuertes y áreas de mejora, comprender y analizar las deficiencias detectadas y orientar sobre reajustes a acometer. Con ello, estableció un plan de mejora y su despliegue para 2005.

Resultados: Distinguimos 6 áreas de interés que llamamos "hexágono del paciente" (6xP). Sobre ellas seleccionamos 35 indicadores (78% preguntas ECP) que agregamos en TP de: Accesibilidad, Estructura-organización, Medicina, Enfermería, Área Atención al Cliente (AAC), Calidad Global. Representamos 6xP de GAPMU como gráfico radar: Accesibilidad $33,7 \pm 0,9\%$; Estructura $36,4 \pm 0,9\%$; Médico $9,4 \pm 0,4\%$; Enfermería $2,5 \pm 0,5\%$; AAC $9,9 \pm 0,7\%$; Calidad Global $10,8 \pm 1,1\%$. TP total $19,4 \pm 0,3\%$. Obtenemos datos por EAP, resto gerencias y regionales. Analizamos comparaciones intranivel (radar 6xP) detectando oportunidades de mejora. Paretos por área de interés y EAP identifican focos- problema y ayudan a dirigir y priorizar intervenciones.

Conclusiones: 6xP otorga mayor valor al suceso frecuente simplificando la interpretación, priorización y despliegue de iniciativas. Reduce los indicadores a monitorizar en "áreas de interés" apoyado en un esquema gráfico sencillo (radar 6xP) que facilita (con Paretos) comparar organizaciones y EAP, el análisis y la toma de decisiones. 6xP puede mejorar modificando ECPAP tal que dé más datos en AAC y enfermería.

C-030

C-032

SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN AL PARTO EN LA FUNDACIÓ HOSPITAL/ASIL DE GRANOLLERS

E. Martín, F. Martínez, C. Fusté y J.M. Ibáñez
Fundació Hospital / Asil de Granollers.

Palabras clave: Satisfacción, usuarios, parto.

Introducción: Dentro del plan de calidad de la Fundació Hospital/Asil de Granollers, en el año 2004 se instauró la realización de una encuesta de satisfacción en el área obstétrica.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de las mujeres usuarias de los servicios obstétricos con la atención recibida.

Material y método: Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada simple ($n = 296$) según el tipo de parto, entre las mujeres que dieron a luz durante el primer semestre. Se envió cuestionario postal con 24 ítems relativos a la satisfacción sobre el proceso del parto, la atención en planta; y satisfacción global con la atención recibida.

Resultados: *Tasa de respuesta:* 128 cuestionarios retornados (t. respuesta global: 43,2%). Fue superior entre las mujeres a quienes se les practicó cesárea (58,2%). *Valoración del proceso del parto:* El 76% manifestaron haberse sentido acompañadas por la comadrona. El 82,7% fueron interpelladas por su nombre; la enfermera se presentó por su nombre en el 71,1% de casos y el médico, en el 65,7%. El 85,2% manifestaron que se había respetado su intimidad. El 88,3% refirieron haber sido informadas de forma continuada sobre el parto, el 80,3% sobre la anestesia peridural y el 88,3% sobre el estado de su hijo; con explicaciones comprensibles en el 96,3% de estos casos. Un 87,8% expresaron haber tenido la opción de estar acompañadas en la sala de partos. *Valoración de la atención en planta:* El personal de enfermería utilizó fórmulas de cortesía en el 89,8% de casos, y el personal médico en el 84,4%. La atención rápida de enfermería, la educación post-parto y la posibilidad de preguntar fueron valoradas positivamente en más del 75% de los casos. El 95,3% refirieron haber recibido información del pediatra. Más del 80% de los casos dieron una puntuación superior a 7 a la confortabilidad y a la higiene de las instalaciones. *Satisfacción global:* La valoración general del proceso del parto obtuvo una puntuación media de 7,59. El 85,8% de las mujeres manifestaron su disponibilidad a volver a utilizar nuestro hospital para una nueva atención al parto.

Conclusiones: 1. Se constata una valoración satisfactoria del trato personalizado, respeto a la intimidad, acompañamiento y de la información proporcionada. 2. Son necesarias mejoras en la información sobre los retrasos y en la identificación de los profesionales. 3. Se aprecia una buena valoración general de la atención recibida y disponibilidad a reutilizar el Centro.

¿VARÍAN LOS ATRIBUTOS DETERMINANTES DE LA SATISFACCIÓN EN NUESTRO CENTRO?

S. Lorenzo, P. Orbes y S. Moyano
Fundación Hospital Alcorcón.

C-031

Palabras clave: Satisfacción pacientes, encuestas.

Introducción: El análisis de la satisfacción de los clientes permite identificar puntos fuertes y áreas de mejora de la organización desde su perspectiva. Desde 1998 nuestro centro evalúa la satisfacción de los pacientes hospitalizados mediante una encuesta.

Objetivos: Valorar si cambian los factores determinantes de la satisfacción en nuestro centro.

Material y método: *Ámbito:* hospital de segundo nivel de la Comunidad de Madrid, con un área de referencia de 220.000 habitantes. *Cuestionario:* se utiliza la adaptación del SERVQUAL validada para el sector sanitario (SERVQHOS), que consta de 19 ítems, utilizando una escala de 1 a 5 puntos [1 representa la calificación del servicio mucho peor de lo que esperaba, mientras que 5 representa califica el servicio mucho mejor de lo que esperaba], y una encuesta adicional con tres preguntas referentes a: si conocían el nombre del médico responsable de su proceso (variable dicotómica), el nombre de la/s enfermera/s asignada/s (variable dicotómica) y si recomendarían el hospital a otros pacientes (escala de 3 puntos: nunca, sin dudarlo, tengo mis dudas), junto a una cuarta pregunta directa sobre su nivel de satisfacción global tras el alta hospitalaria (1-5). *Tipo de estudio:* Estudio transversal que utiliza encuesta anónima. *Período de estudio:* Se realizan dos cortes transversales anuales desde 1998. Los datos que se estudian corresponden a las altas de octubre de 2004, comparados con los todas las olas de los años anteriores. *Sujetos:* Todas las altas ocurridas en el período de estudio, excepto exitus, cuidados intensivos, reanimación, pediatría y psiquiatría. *Procedimiento:* sistemas de información suministra la base de datos con la filiación del paciente. Envío a las 3 semanas del alta (carta de presentación, encuesta y sobre prefranqueado). Período de recepción de encuestas: 3 semanas. *Análisis:* descriptivo, factorial y multivariante utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados: En 1998-2003 los determinantes de la satisfacción global en nuestro centro eran: atención, información e ingreso. En 2004 los factores determinantes son: atención, tiempo e ingreso. Factores 1998-2003 2004 Atención Entorno Tiempo Información Ingreso Los factores atención e ingreso (comprende las variables: llegada y señalización) se mantienen como determinantes de la satisfacción global de los pacientes del hospital. Se identifica el cambio del tercer factor significativo, el factor tiempo (comprende las variables: espera, rapidez y puntualidad).

MESA 5

Eficiencia (I)

OPTIMIZACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE MADRID A TRAVÉS DE SENTENCIAS SQL

C-034

L. Sánchez, J.M. Mena, A. Cañada y J. Cárdenas
Gerencia Atención Primaria Área 4 de Madrid.

Palabras clave: Cartera de Servicios, evaluación.

Objetivos: Describir el nuevo procedimiento de evaluación informatizada de la Cartera de Servicios (CS) de Atención Primaria de Madrid y los resultados de su aplicación en el Área 4.

Introducción: El costoso procedimiento de evaluación, especialmente antes de la informatización de la HC ha supuesto una de las dificultades de la CS de Atención Primaria. El Proyecto surge en 2003 por iniciativa de los responsables de CS y del Sistema de Información de las Áreas 2, 4, 8, 9 y 11 de Madrid para: solventar las dificultades técnicas que impiden la evaluación adecuada utilizando las herramientas del Programa OMI; homogeneizar y simplificar los procesos compartiendo experiencias cuya aplicación ha supuesto una mejora; presentar a los responsables del Instituto Madrileño de la Salud una propuesta común consensuada que de respuesta a las necesidades detectadas.

Método: Identificación de las deficiencias de la aplicación OMI-Elaboración de un programa de evaluación basado en sentencias SQL ajustadas a los criterios de inclusión de CS-Pilotaje y depuración-Reuniones con Responsables del Instituto Madrileño de la Salud para validar la nueva herramienta-Difusión del Programa al resto de áreas de Madrid y utilización exclusiva para la evaluación de la HC informatizada -Implantación definitivamente en 2004-El desarrollo final del programa de evaluación se realizó en el Área 4 de Madrid, elaborándose también una herramienta individualizada para cada Equipo de Atención Primaria que permite monitorizar sus resultados.

Resultados: En 2004 el 85% de los EAP de Madrid se han evaluado a través de SQL. En el Área 4 toda la evaluación de 2004 ha sido automática con datos sobre el total de la población (573.000 personas) sin necesidad de muestreos o verificación de las HC y mejorando los resultados asistenciales previos. Cuatro grupos, que incluían 12 profesionales asistenciales y 6 de Gerencia, participaron en la evaluación en 2002. En 2004 todo el proceso se realizó desde Gerencia con un ahorro estimado en suplementos superior a 23.000 euros. El tiempo de evaluación se redujo a sólo 5 días en 2004 (20 días por 4 grupos en 2002). La implantación del programa de autoevaluación de nuestros EAP ha permitido depurar registros y realizar sencillas monitorizaciones periódicas de los objetivos asistenciales. El esfuerzo de profesionales de varias Áreas de Madrid ha permitido desarrollar un programa de evaluación propio. El nuevo modo de evaluar supone una mejora radical que nos permite ser más eficientes, más fiables y comparables.

COMISIÓN DE MORTALIDAD: AUTOEVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

C-033

A. Aloy-Duch, M. Berrocal-Corredó, R. Terradas-Cumalat, E. Kurenfuli-Nadek, S. Corallí y M. Jové-Lázaro
Hospital de Calella. Barcelona.

Palabras clave: Mortalidad, comisión, autoevaluación.

Objetivos: Describir el proceso de revisión y análisis que realiza la Comisión de Mortalidad de los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH) de nuestra Corporación de Salud, evaluando los conceptos de "proceso asistencial óptimo" y "evitabilidad de la muerte".

Material y métodos: El estudio fue retrospectivo, descriptivo y multicéntrico, recogiendo todos los pacientes que fueron exitus durante el año 2004 en los SUH de los dos hospitales. El circuito está constituido por: la Comisión de Mortalidad y la aplicación de los criterios para ser discutido en sesión.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 220 pacientes. La media de edad fue de $79,5 \pm 12,5$ años con 120 (54,5%) mujeres. En 70 (32%) pacientes, se adoptaron medidas terapéuticas de confort y paliación. La causa de la muerte estaba relacionada con el diagnóstico de ingreso en un 94,1%. Las medidas terapéuticas en general por una parte, y respecto al control del dolor por otra, se consideraron adecuadas, insuficientes o excesivas/sin datos en un 94,5% y 86,4%, en un 5,5 y 1,4%, y en un 0 y 12%, respectivamente. De todos los pacientes que fallecieron en el SUH, la revisión detectó que 29 (13,2%) pacientes cumplían uno o más de los criterios para ser discutidos en sesión clínica: en un 6,4% por algún posible disfuncionamiento en el proceso asistencial (tratamiento inadecuado en el 5,5%, incidente nocivo en el 2,7% y problema organizativo en el 0,45%), y en el 13,6% otras causas. Se opinó en sesión que había existido un funcionamiento incorrecto del proceso asistencial en el 5% del total de pacientes fallecidos y, por último, la muerte solo podría haberse evitado en el 1,8% del total de fallecidos.

Conclusiones: En casi todos los pacientes existió una clara correlación entre el diagnóstico de ingreso y la causa de la muerte. Se seleccionaron por protocolo el 13,2% que se discutieron en sesión clínica; así mismo, en el 6,4% se apreció algún posible disfuncionamiento asistencial sobre todo por tratamiento inadecuado o incidente nocivo, y en el 13,6% por otros factores. La discusión en sesión apreció un funcionamiento correcto del proceso asistencial previo en el 95% de casos, y la muerte se podría haber evitado en el 1,8% del total de fallecidos. La comisión de mortalidad, la metodología empleada y las sesiones de discusión son instrumentos de calidad para mejorar el proceso de asistencia, detectar oportunidades de mejora y poder establecer comparaciones entre nosotros mismos y otros SUH.

PROCESO DE CADERA. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN EFICIENCIA 2000-2004

C-035

L. Bernacer, I. Marimon, M. Rius, G. Mateos, A. Corral y C. Diago
Fundación Hospital Manacor.

Palabras clave: Fractura cadera, eficiencia, benchmarking.

Objetivos: Análisis y evaluación de los resultados asistenciales tras la implementación del proceso cadera y su comparación con el Benchmark de los hospitales que participan en el programa Hospitalares Top 20 IASIST.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un hospital comarcal de 207 camas. *Intervención:* implementación de un proceso asistencial previamente diseñado. *Población de estudio:* pacientes con fractura de cadera atendidos durante el período 01 enero 2000 y 01 junio 2004. *Variables analizadas:* edad, sexo, grupo relacionado con el diagnóstico (GRD), clasificación AO, riesgo quirúrgico, circunstancia del alta, peso medio, peso relativo, mortalidad, morbilidad, estancia media, diferencia estancia media, estancias evitables. La estancia media por GRD se estima a partir de los 4 centros con mejor funcionamiento en gestión de camas. Se compara los datos del servicio con los que componen el Benchmark para la misma casuística.

Resultados: Durante el período de análisis se han realizado 1.690 intervenciones de fractura de cadera. La edad media es de 82 años con un rango entre 51 y 100, siendo 68% mujeres. Clasificación AO 35% A1, 45%A2, 20%A3. Riesgo quirúrgico ASA II 8%, ASA III 77%, ASA IV 14%. Impacto con disminución de 4.539 estancias evitables en el período de estudio. Disminución de mortalidad intrahospitalaria 1% y al año 21%. Año N EM Benchmark dif EM Impacto 2004 209,00 4,21 9,23 -5,02 -1050 2003 376,00 5,08 9,22 -4,14 -1557 2002 336,00 5,18 8,27 -3,09 -1037 2001 413,00 4,57 5,80 -1,23 -508 2000 356,00 5,03 6,12 -1,09 -387 Total 1690,00 -4539.

Conclusiones: El análisis y evaluación del proceso después de 5 años de funcionamiento ha mostrado ser una herramienta segura en el tratamiento de las fracturas de cadera y ha permitido mejorar la eficacia, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos asistenciales respecto a los hospitales que componen el Benchmark.

REPERCUSIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA EN URGENCIAS

J.M. Oliva, B. Losada, E. Llobet, M. Gómez, Ll. Pascual y R. Da-Ponte

Servei d'Urgències. Hospital Dos de Maig.

Objetivos: Evaluar, mediante un estudio de intervención con controles históricos, la prescripción farmacológica en pacientes atendidos en Urgencias del Hospital Dos de Maig, adscritos al Equipo de Atención Primaria Sardenya (EAP-7B).

Material y métodos: La intervención consistió en: creación de un grupo de trabajo multidisciplinar con médicos y farmacéuticos de ambos centros, elaboración de una guía de prescripción basado en criterios de Medicina basada en la evidencia en relación a fármacos antiinflamatorios (AINEs) y gastroprotectores (GP), despliegamiento de la guía entre los facultativos de urgencias, seguimiento periódico y posterior análisis del impacto económico resultante de la intervención. Se definieron como AINEs de elección el Ibuprofeno o el diclofenaco, y como protector gástrico, el omeprazol o la ranitidina y las condiciones necesarias para la prescripción de GP: > 65 años, antecedentes de patología ulcerosa, hemorragia digestiva o sintomatología digestiva alta en anteriores tratamientos con AINEs, o tratamiento concomitante con glucocorticoides o anticoagulantes.

Resultados: De 1.017 pacientes atendidos, 909 fueron dados de alta, con un total de 910 tratamientos prescritos. El 28,79% de las mismas corresponden a AINEs y 8,24% a GP, con una adhesión a la guía del 83,6% y 81,3% respectivamente, lo cual supone un marcado incremento en relación al período control (33,9% y 53,1% respectivamente). Se observa una elevada proporción de prescripciones realizadas en función del nombre del principio activo en ambos grupos (57,5% vs. 12,5% y 100% vs. 23,4%), con una reducción global del gasto farmacéutico, un descenso del 23,8% (5,78 vs. 7,59 euros) en el coste de los AINEs y del 59,6% (9,21 vs. 14,7 euros) en el coste de los GP. Asimismo, la relación entre AINEs/GP ha descendido del 18,24 hasta el 11,45%. A lo largo del año previo a la intervención, el coste medio de los tratamientos AINEs prescritos (directamente o inducidas) al EAP-7B fue de 50 euros/paciente, mientras que en el año 2003 el coste medio fue de 48 euros/paciente. Esta reducción aunque no la podemos atribuirla exclusivamente a nuestra intervención, ha estado considerada por los propios responsables del EAP-7B, como un elemento directamente relacionado con los resultados.

Conclusiones: La intervención en los hábitos de prescripción de AINEs y GP en urgencias, facilita la coordinación entre niveles asistenciales, garantiza la calidad y mejora el coste del gasto farmacéutico.

C-036

EVALUACIÓN DE UNA RED HOSPITALARIA, MODELO DE INTEGRACIÓN DE INDICADORES ASISTENCIALES

V. Marrero y J. López
Sanitas, S.A.

C-038

Palabras clave: Gestión, Hospitales, Modelos.

El objetivo principal del modelo es constituirse en una herramienta que permita evaluar de una forma sistemática la eficiencia de un red hospitalaria, y como objetivo secundario persigue constituir una base formal y equitativa para fijar los objetivos de gestión de cada uno de los hospitales que la constituyen. La metodología empleada se apoya en un conjunto de 52 indicadores cuantitativos y cualitativos, agrupados en cinco capítulos: acreditación, asistencia, colaboración, conceptos de tarifa y procesos habituales. Los hospitales de la red se agrupan en función de su clasificación y especialidad, y se realiza un doble análisis. Por una parte los indicadores cuantitativos y cualitativos de un hospital se comparan con la media de los hospitales de su grupo; en realidad, lo que se compara es el valor del indicador tipificado para permitir la agregación por capítulos; y por otra, se analiza la evolución de los indicadores del hospital a lo largo del tiempo, en este caso se utilizan tres ratios que utilizan como denominador el valor del indicador en el último año y como numeradores: la pendiente de la recta de regresión, la variación del indicador en el último año, y la diferencia entre el valor real y el esperado, también en el último año. El resultado es un modelo que permite estimar el comportamiento de un hospital en relación a otros hospitales similares (mercado) y a su propia historia (capacidad). Los objetivos de gestión de cada hospital, en la hipótesis de mejora continua, se fijan a partir de una mejora básica modificada por los resultados de los dos análisis. La principal dificultad para implantar el sistema es el elevado volumen de información que debe suministrarse que se justifica porque disponer, al mismo tiempo, de la evolución de un hospital en los últimos años y de su posición con respecto a los de su grupo, permite una evaluación objetiva del mismo, y constituye una excelente base para fijar los objetivos del siguiente período.

EL MARKETING EN EL TRANSPORTE SANITARIO COMO PROCESO ESTRÁTÉGICO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

J. Lerín

Fradir Inversiones-Sevilla.

Palabras clave: Marketing, Mixing, Quality.

Objetivos: Los objetivos de este proyecto se determinaron en base al criterio de desarrollar paralelamente las estrategias de Marketing y Calidad, entendiendo como objetivo común a ambas el mismo: El cliente.

Métodos: Para la puesta en marcha de este proyecto común dentro de las áreas de la empresa, se inició por impartir formación internamente al personal del área de marketing en las bases de la Calidad según las normas ISO 9001:2000. Del mismo modo, se impartió la formación en marketing a los responsables de calidad vinculados en áreas de responsabilidad de la empresa. Paralelamente, se dio entrada en el Comité de Calidad de la empresa a responsables del área de marketing, con el objetivo de desarrollar sus programas y proyectos conjuntamente con el resto de miembros del comité asegurando de este modo, no solo la eficiencia económica de los proyectos sino la eficacia de los mismos dentro de la organización. Las dos áreas de actividad, a las que se fueron sumando otras áreas de la empresa, son totalmente complementarias en su actividad, dado a que el objetivo es común.

Resultados: Desde la puesta en marcha de este proyecto, se ha conseguido detectar de una forma prácticamente inmediata las necesidades del mercado, a través de un seguimiento exhaustivo de la demanda de los clientes en todos los aspectos del servicio y con ello ser capaces de crear las herramientas necesarias para dar respuesta a estas necesidades. Al mismo tiempo, aprovechando estas inercias, la elaboración de planes de mejora incluyen las perspectivas de futuro y tendencias del mercado así como las expectativas de los clientes, que son aportadas por el departamento de marketing a las reuniones periódicas del Comité de Calidad donde se establecen los objetivos de la calidad. Los análisis de las tendencias y demandas del mercado constituyen una potente arma interna de la que deriva la elaboración de los proyectos de futuro, y a través de la cual el área de Calidad establece los indicadores que le sirven para medir la eficacia de las acciones, así como la evolución de los parámetros que forman parte del proceso de mejora continuada.

Conclusiones: Pocas empresas dentro del Transporte Sanitario disponen de un departamento de marketing, adjudicado habitualmente a la venta de tangibles o servicios de voluntaria adquisición, y menos aún vinculándolo de este modo a la Calidad, este factor es sin duda un factor diferencial del grupo de empresas Fradir que entiende la Calidad, como el apellido familiar inseparable de todas las áreas de la empresa.

C-037

CUADRO DE MANDO DE GESTIÓN DE ESTANCIAS: PANEL DE PROCEDIMIENTOS TRAZADORES DE ESTANCIAS

I. Rodrigo y E. Montes
Servicio Navarro de Salud.

C-039

Palabras clave: indicadores, estancias, cuadro de mando

Objetivo: Las camas hospitalarias constituyen un bien escaso cuyas estancias hay que gestionar eficientemente. El objetivo de este proyecto es establecer un panel balanceado de indicadores de extracción automática basado en procedimientos quirúrgicos que indiquen si de forma global el hospital o la red hospitalaria, están actuando con eficiencia en la gestión de las estancias.

Métodos: Elección de un panel de indicadores con los siguientes criterios: procedimientos quirúrgicos no susceptibles de CMA, distintos servicios, ingreso programado (excepto A), que sean los grupos más numerosos en cuanto al consumo de estancias quirúrgicas de un centro hospitalario. Analizada la casuística del sistema sanitario de salud y eliminando los procesos clínicos prioritarios (infarto, cáncer de mama, etc.), que tienen su propio cuadro de mandos, se han elegido 6 procedimientos representativos para analizar la gestión de las estancias: prótesis de cadera (PTC) y de rodilla (PTR), colecistectomía laparoscópica (CL), histerectomía abdominal (HA) y vaginal (HV), y apendicectomía abierta (A). Para dar mayor coherencia clínica, el análisis se refina excluyendo los pacientes con cáncer, éxitos, trasladados o altas voluntarias y los que asignados a un GDR con complicaciones o comorbilidades. Para establecer el estándar de estancia para cada procedimiento, se calculó el percentil 25 siguiendo el criterio de la Audit Commission de gestión de camas de Inglaterra y Gales. Se seleccionaron 2.279 pacientes ingresados durante el año 2004.

Resultados: El Servicio de Salud podría haber evitado un total de 8781 estancias, 4046 correspondientes a PTC, 1061 a PTR, 1016 a CL, 524 a HA, 556 a HV y 1578 a A. Estas estancias, fijando el índice de ocupación en 85% hubieran podido dar asistencia a 1.782 pacientes de las mismas características: 382 de PTC, 90 de PTR, 432 de CL, 89 de HA, 118 de HV y 671 de A, si la única limitación fuese la necesidad de cama. Se detectan diferencias entre centros en la gestión de estancias.

Conclusiones: Se trata de un sistema de seguimiento sencillo y automático que incorporado a un cuadro de mandos de gestión de camas (análisis de la CMA, del hospital de día, de los procesos clínicos prioritarios, etc.) sirve de un importante apoyo para la gestión eficiente de camas. Esta estrategia obedecería a la concepción de mínimo coste de análisis con máximo beneficio de información. El procedimiento más relevante donde realizar esfuerzos de mejora es PTC que por sí solo contribuye al 46% de las estancias evitables del panel.

Palabras clave: Concordancia, Eficiencia, Críticos.

Introducción: Para nuestro estudio nos centramos, dada su especial gravedad, en los pacientes atendidos en la unidad de semicríticos de nuestro servicio como unidad funcional no monográfica en la que se ubican aquellos pacientes hemodinámicamente inestables, o que por su patología requieren unos métodos diagnósticos-terapéuticos extraordinarios.

Objetivos: 1. Determinar la concordancia diagnóstica entre el diagnóstico al ingreso en la unidad y al alta hospitalaria como medida para la mejora de la asistencia a dichos pacientes. 2. Determinar los tiempos de estancia media en dicha unidad en base a evitar la prolongación injustificada del ingreso de los pacientes en dicha unidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo, de base poblacional, realizado en un SUH, que incluye la revisión retrospectiva del libro de registro de ingresos en la unidad de semicríticos durante el año 2004, utilizando los indicadores de actividad y calidad establecidos para dicho fin.

Resultados: Total de pacientes 84.410, de ellos fueron ingresados en la unidad de semicríticos 1146 (1,36%). El 60% eran varones (682). El 59% de los pacientes era menor de 64 años. En el 63% de los casos de los pacientes tenían factores de riesgo cardiovascular. La estancia media en la unidad fue de 8,6 horas y tan sólo el 9,7% de pacientes permanecieron más de 24 horas. Ingresaron en UCI un total de 140 pacientes (12%), 922 pacientes (80%) ingresaron en otros servicios y 84 pacientes (7%) fueron dados de alta. Patología más frecuente Concordancia Total: 894 Cardiopatía isquémica 65,4 185 Arritmias 88,3 86 Insuficiencia cardiaca 84,9 53 Patología respiratoria 89,3 188 Hemorragia digestiva 93,6 63 Diagnósticos quirúrgicos 97,3 76 Enfermedad Neurológica 92,8 98 Intoxicaciones 96,7 31 Nefrología - Metabólicas 88,1 59 Traumatología 92,1 51.

Conclusiones: La patología médica es predominante, y de ella el grupo más numeroso corresponde a Cardiología. La concordancia diagnóstica entre diagnóstico al ingreso en la Unidad y al alta hospitalaria es elevada, y los motivos de error más frecuentes fueron la valoración clínica insuficiente. Las 3/4 partes de los pacientes tienen un estancia media en la Unidad inferior a 12 horas. El estudio de la concordancia diagnóstica, como control de calidad asistencial es una medida útil para la mejora de la eficiencia de las unidades funcionales.

MESA 6

Acreditación (I)

Palabras clave: CS Parte Vieja.

En nuestra comunicación pretendemos mostrar la evolución del trabajo en un Centro de Salud hacia la Calidad. En el período comprendido entre el año 2000 hasta 2005, partiendo de un concepto abstracto de trabajo con Calidad, hemos seguido una evolución hacia la consecución de una Calidad objetivable y Certificada. Nuestro comienzo fue la formación de un Equipo de Calidad que, posteriormente, recibe formación en E.F.Q.M., llegando a realizar una Autoevaluación del Centro de Salud. (2000). Posteriormente el Equipo de Calidad recibe formación en la UNE EN ISO 9001:2000, nos decidimos aplicarla en el Área de Atención al Cliente, después de impropios esfuerzos e intentos de implicación del personal de dicha área, nos presentamos a auditorías, primero internas y posterior externas (AENOR), resultando certificados en la citada Norma en junio de 2001. A través de 2002 y 2003, resultamos re-certificados en dicha Norma para el Área de Atención al Cliente. En el afán de la Mejora Continua participamos en la formación en el Programa CREA (Reingeniería Creativa), dónde después de un Proyecto de Fin de Curso obtenemos la superación de esta formación. "Desarrollar circuitos ágiles para la atención de la demanda urgente, solicitada en el Centro". En base a este trabajo OSAKIDETZA hace suyo este circuito para la atención en la demanda urgente. Durante el período 2002-2003, colaboramos con nuestra Comarca de Atención Primaria en la obtención de la Q de plata en E.F.Q.M. En el período 2003-2004 el Equipo de Calidad de nuestro Centro recibe formación sobre la Gestión de Calidad y lo implementa en el resto de personal del Centro. En noviembre de 2004, y después de Auditorías internas y posteriormente externa por AENOR logramos la Certificación ER-2020/2004, con el siguiente alcance: "la prestación de los servicios de recepción, información y gestión administrativa" "la prestación de asistencia sanitaria de atención primaria en las áreas de: medicina de familia, pediatría y enfermería." "realización de pruebas diagnósticas (espirometrías, e.c.g., extracciones, glucemia, doppler)." "programas de intervención sanitaria comunitaria (promoción y prevención en la comunidad)" Nuestros retos para 2005-2006: *Recertificación de la ER-2020/2004; *Certificación en la UNE-EN-ISO 14001 * Colaboración con la Comarca Gipuzkoa Ekiadde de Atención Primaria en la obtención de la Q de oro de la E.F.Q.M.

DISEÑO Y DESARROLLO DE UN APlicativo INNOVADOR INFORMÁTICO PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS CLÍNICOS

S. Sánchez, I. Panque, F. Torrubia y M. Anaya
H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

C-042

Palabras clave: Software. Acreditación. Servicios.

Objetivos: Diseño y desarrollo de un aplicativo informático innovador para la gestión de la calidad de los Servicios y Unidades Clínicas que, bajo los criterios de integración, flexibilidad y escalabilidad, permite la cumplimentación extensiva y en profundidad de los contenidos requeridos de calidad hospitalaria en todas sus dimensiones y que, simultáneamente adaptado a los requerimientos de los estándares de acreditación exigidos por Agencias Certificadoras y Acreditadoras de la Calidad Hospitalaria, actúa como generador de evidencias y posibilita la acreditación de excelencia en calidad a los Servicios y Unidades Clínicas.

Metodología: Se utiliza el entorno web hospitalario como soporte instrumental para la visualización, navegación y cumplimentación del contenido de calidad de cada Servicio y Unidad Clínica, utilizando la Intranet como área de trabajo y el volcado a Internet de los contenidos no restringidos. Se ha desarrollado una opción demo, resultado de un benchmarking interno, como guía de referencia.

Resultados: La aplicación se ha recibido con enorme aceptación entre los profesionales facultativos y de enfermería, constituyendo un factor aglutinador multinivel. Se ha generado una respuesta antes no encontrada para la generación de planes de calidad en los Servicios y la introducción de sus contenidos de calidad en su espacio web. Cada Servicio dispone de un correspondiente de calidad acreditado para la introducción de contenidos, que son validados por la Comisión Central de Calidad.

Conclusión: El aplicativo diseñado constituye una poderosa herramienta para la generación de evidencias documentales de calidad en la implantación de Planes de Calidad en Servicios hospitalarios y su acreditación.

AUDITORIA INTERNA: ¿RECURSOS EXTERNOS O INTERNOS?

A. Chueca, S. Castelo, M. Domínguez, M. Echevarría, I. Gallego
y N. González
Hospital de Galdakao.

C-043

Palabras clave: Auditoria, Control Interno.

Objetivo: Realizar las auditorías internas a los procesos del hospital certificados y en vía de certificación según norma ISO 9000:2001, con los recursos propios de la organización.

Método: Se constituyó un equipo de trabajo formado por la Dirección y la Unidad de Metodología de Calidad, en el cual se analizaron los riesgos potenciales y reales de la ejecución de las auditorías con recursos internos y externos. La decisión fue realizarla con recursos propios. Se confeccionó la agenda de la auditoría estableciéndose días y horarios para realizarlas, se definieron los equipos auditores, compuestos por personas de la organización con formación en auditorías internas. Se contó con el asesoramiento de una empresa certificadora, la cual, realizó una observación de la actuación de los equipos auditores así como una valoración de los "Informes de Auditoría".

Resultados: Se ha diseñado un sistema normalizado para la realización de las auditorías internas: 1. Se formaron tres equipos de auditores compuestos por un Auditor/a Jefe, dos Auditores y un Observador (En todas las auditorías estuvo presente la persona que actuó como observador externo de los equipos) 2. Se confeccionó un "Listado de Contenidos" específico para cada proceso auditado, con una estructura común compuesta por seis áreas: a) Introducción a la Auditoría, b) Diagnóstico de Implantación del proceso, c) Diagnóstico de Gestión del proceso, d) Diagnóstico de mejoras y avances del Proceso, e) Proceso operativo, f) Cierre de Auditoría. 3. Se utilizó el formato "Informe de Auditoría" del "Procedimiento General para la realización de Auditorías Internas" del Sistema de Gestión de Calidad del hospital. Este procedimiento fue revisado y actualizado en Abril del 2005.

Conclusiones: 1. Se han auditado cinco procesos certificados y otros cinco en vía de certificación. 2. La existencia de una sistematización hace que disminuya el riesgo variabilidad en dos vertientes: realización de la auditoría, y la realización del Informe, ya que el formato único actúa como guía de la información a recabar en el primer caso y a proporcionar a la dirección y al gestor del proceso, en el segundo caso. 3. La participación de los gestores de procesos como auditores en las auditorías de otros procesos de la organización, ha ampliado el conocimiento de los requerimientos del control interno de los procesos que la norma nos exige. 4. El cambio de roles, hace que la visión del propio proceso se modifique, consiguiéndose una mayor compresión de lo que implica la gestión por procesos.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN JCI 2002 VERSUS MODELO EFQM ¿COMPLEMENTARIEDAD?

A. Carrasco, M.A. Alonso y J.L. Zancajo
Equipo Territorial Inspección SACYL Junta de Castilla y León.

C-044

Palabras clave: Acreditación, EFQM, Joint Commission International.

Introducción: En la actualidad compiten en el mercado sanitario dos modelos de promoción de la calidad, el denominado "modelo europeo" (modelo EFQM) y el programa de acreditación para hospitales que la Joint Commission International oferta con la Fundación Avedis Donabedian en España. Puede resultar de interés analizar si ambos modelos son excluyentes o pueden ser en realidad complementarios en su aplicabilidad en el SNS español.

Desarrollo: Los autores de la comunicación realizan una revisión de los Estándares de Acreditación de Hospitales propuestos por la Joint Commission International en 2002 (JCI 2002) y analizan su viabilidad en términos de aplicación a los hospitales españoles del SNS. Por otro lado, efectúan un estudio del modelo EFQM desde la perspectiva de su verificación a través de evaluación externa y realizan una discusión acerca de si ambos Modelos de promoción de la Calidad en las organizaciones hospitalarias pueden ser o no complementarios en la realidad del sector hospitalario español.

Conclusiones: Los autores concluyen en base al análisis y discusión efectuado que el modelo EFQM es un buen instrumento de mejora de la calidad para los hospitales españoles fomentando e impulsando dicha mejora desde dentro de la organización, mientras que la acreditación periódica ofrecida por la JCI es un excelente estímulo desde fuera para mantener la necesaria tensión precisa para un esfuerzo mantenido en favor de la calidad asistencial.

MODELO DE ACREDITACIÓN SANITARIA PARA EL PLAN DE PREVENCIÓN DE LA VISIÓN DE LA RIOJA BAJA

A.C. López, I. Elías, A. Herreros, A. Tejada y C. Emparán
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

C-045

Palabras clave: Acreditación.

Introducción: El PPV es el resultado de un acuerdo de colaboración entre la Fundación Hospital Calahorra y el Colegio Nacional de Ópticos y Optometristas.

Objetivos: Evaluar a los habitantes de La Rioja Baja con problemas de visión no urgentes por profesionales ubicados en establecimientos de óptica debidamente acreditados. De esta forma los problemas leves de visión que no requieren atención oftalmológica especializada pueden ser resueltos de forma cómoda en la óptica acreditada que los ciudadanos prefieren.

Métodología: Para acreditarse los ópticos han pasado un curso realizado en la FHC y organizado por el Colegio Nacional de Ópticos en el que se ha instruido a todos los colegiados adscritos al PPV para realizar el examen óptico siguiendo un protocolo de actuación específico que asegura el cumplimiento de un proceso sometido a pautas de elevada calidad en sus prestaciones. Todos los habitantes de La Rioja Baja que así lo deseen pueden ser derivados desde los Centros de Salud a una serie de ópticas concertadas en las que, de forma gratuita, se realiza un completo examen ocular, facilitándoles un informe para su médico de cabecera o el especialista oftalmólogo de la FHC. Para la puesta en marcha del PPV el factor clave ha sido: la formación de los ópticos – optometristas acreditando únicamente a aquéllos que superaran unas pruebas específicas.

Resultados: De conformidad con el Acuerdo, el compromiso entre la FHC y el Colegio Nacional de Ópticos es realizar una primera evolución del desarrollo del plan en el mes de septiembre de 2005, por lo que podrán presentarse estos datos en el Congreso; si bien, en una desde su implantación se observa una excelente acogida del PPV por parte de los usuarios que favorece, entre otras cuestiones, la reducción de las listas de espera y la especialización de los oftalmólogos que comienzan a ver reducido el tiempo de trabajo que dedicaban a revisiones oftalmológicas pudiendo dedicar más tiempo a otras patologías.

Conclusiones: El modelo de acreditación profesional establecido por el PPV asegura el cumplimiento coordinado y con patrones de asistencia definidos de un colectivo profesional que realiza su prestación de forma coordinada con la FHC.

AUTODIAGNÓSTICO CUANTITATIVO DE CUMPLIMIENTO DE NORMA ISO 15189 POR MEDIO DE UTILIDAD INFORMÁTICA

J.M. García, A. Rezusta, P. Egido y M.J. Revillo
Servicio de Microbiología. H.U. Miguel Servet.

C-046

Palabras clave: Acreditación. ISO 15189. Informática.

Introducción: La acreditación de un laboratorio de ensayo de Microbiología implica tener implantado un Sistema de gestión de la calidad según ISO 15189. Para elaborar un proyecto de definición e implantación se precisa disponer de una información inicial del grado de cumplimiento de los requisitos de la Norma, a través de un diagnóstico previo, que permita establecer las actividades a realizar y sus prioridades.

Objetivo: Se pretende realizar un autodiagnóstico del cumplimiento de la Norma UNE- EN-ISO 15189 por el que se obtengan resultados cuantitativos a partir de los que se establezca un proyecto de implantación del sistema de gestión de la calidad según la citada Norma.

Metodología: 1. Se han recopilado los requisitos de la norma, ordenados por sus apartados, así como otros requisitos adicionales para la acreditación. 2. A efectos de cuantificación, se ha diferenciado la definición de contenidos del sistema de la implementación de los mismos, y se ha atribuido mayor importancia a estos últimos. 3. Se ha considerado el registro de las evidencias que confirmen la definición e implementación de los apartados de la Norma. 4. Se han estructurado los requisitos, su respuesta y los resultados en un formulario electrónico de la aplicación Excel. 5. Se ha diseñado un resultado gráfico que diferencie claramente el cumplimiento de requisitos del no cumplimiento.

Resultado: El resultado es una utilidad informática que facilita la recogida del cumplimiento de los requisitos para la acreditación según UNE- EN-ISO 15189 por parte del propio personal implicado y que da resultados gráficos y cuantitativos y que permite establecer un plan de implantación posterior.

Conclusiones: Esta utilidad está siendo utilizada para el diagnóstico en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

PROCESO ACREDITACIÓN SISTEMA GESTIÓN AMBIENTAL

P. Toledo, M.L. Cantador, J.C. Palomo, S. Dueñas, M.C. García-Arevalo y A. Caballero
Área Sanitaria Norte Córdoba.

C-048

Palabras clave: Acreditación gestión ambiental.

Objetivos: El Hospital Valle de los Pedroches forma parte del Área Sanitaria Norte de Córdoba (ASNC). La Gerencia plantea, como objetivo de calidad, acreditar con la norma ISO 14000:04 el Sistema de Gestión Ambiental (SGA) que se está implantando en todo el ASNC.

Metodología: Diseño de un SGA integrado: contratación de una asesoría externa como guía metodológica; formación de grupos de trabajo; visita-diagnóstico a los centros; identificación normativa ambiental; descripción de actividades y operaciones ambientales; identificar prácticas de gestión ambiental; elaborar matriz de aspectos e impactos; definir política ambiental; planificar objetivos; elaborar catálogo de procesos ambientales específicos del ASNC y procesos del sistema; formar al personal implicado; implantación; plan de comunicación.

Resultados: Se han implantado, para minimizar o evitar el impacto sobre el ambiente de las actividades que realizamos, los siguientes procesos: Agua potable (Tratamiento, limpieza de depósitos y conductos, vigilancia y control de legionelosis); Control vertidos aguas residuales; Control del ruido; Apariencia visual y olores; Control emisiones atmosféricas; Control contaminación suelo; Empleo de recursos naturales; Gestión integral de residuos; Mantenimiento preventivo y correctivo; Productos químicos peligrosos (Compra, Control fichas datos seguridad FDS, distribución FDS).

Conclusiones: Realizamos más procesos de los previstos; identificamos dos procesos específicos (Gestión de Residuos y Productos Químicos Peligrosos); necesidad de registrar todas las actuaciones; necesidad de diagnóstico de cada centro; importancia vital de la formación general y específica de todos los profesionales.

EL HOSPITAL DE BASURTO, UN MODELO ORGANIZATIVO ADAPTADO A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS, PROFESIONALES Y COMUNIDAD

M. Latorre, P. Regúlez, N. Guerra, A. Colina, J. Arizabala y K. Mezkorta
Hospital de Basurto. Bilbao.

C-047

Introducción: Desde 1996, el Hospital de Basurto ha utilizado el Modelo EFQM de Excelencia como herramienta para realizar autoevaluaciones y medir en qué lugar se encuentra en el camino hacia la excelencia. Ahora bien, el Modelo es un instrumento práctico que puede ayudar a las organizaciones de otras maneras, como la de servir de estructura del sistema de gestión de la organización.

Objetivo: Describir la estructura organizativa del Hospital de Basurto como un proyecto basado en la obtención de resultados que satisfagan las necesidades de sus grupos de interés: los pacientes y usuarios, los profesionales que trabajamos en él y la comunidad en la que desarrolla su actividad.

Metodología: 1. Se crea un grupo de trabajo formado por la Dirección y la Unidad de Calidad del Hospital. 2. Se recoge información de las expectativas de los diferentes grupos de interés a través de la creación de grupos focales, realización de entrevistas, prensa, etc. y se elaboran encuestas que permiten conocer la satisfacción de estos grupos de interés con el servicio prestado. 3. Se analiza la información obtenida y se desarrolla un proceso de planificación estratégica que recoge los objetivos y las pautas generales de actuación que es preciso desarrollar para alcanzarlos.

Resultados: El modelo organizativo diseñado recoge las actividades que se realizan y los resultados que se obtienen, para cada uno de los grupos de interés. Las actividades se organizan y se gestionan de manera sistemática por procesos. Se ha elaborado el Mapa de procesos y su sistema de gestión. Se ha elaborado una herramienta de comunicación interna –ascendente y descendente- para facilitar la participación de los líderes en el proyecto –a través de cuadros de mando y buzón de sugerencias-.

Conclusiones: 1. El modelo organizativo descrito constituye un proyecto que impulsa el cambio en la organización. 2. Permite identificar y seleccionar las actividades que hay que desarrollar y qué procesos son los responsables de llevarlas a efecto. 3. Facilita la comunicación y la participación en este cambio de los líderes de la organización. 4. Facilita la integración de los lenguajes de gestión y clínico en un proyecto organizativo común.

MESA 7

Sistemas de información (I)

UTILIDAD DEL CMBD PARA EL ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA COLONIZACIÓN POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* EN EMBARAZADAS

M.C. Jiménez, E. Melian, D. Panizo y B. Jiménez
Hospital General de Lanzarote.

Palabras clave: CMBD, *Estreptococo Agalactiae*, Parto.

Introducción: En junio de 2004 se implantó el protocolo para la prevención de la infección neonatal por *S. Agalactiae* (EGB) en el área de salud de Lanzarote y se hace necesario realizar una evaluación de su cumplimiento. Dada la complejidad de una revisión retrospectiva sistematizada de todas las historias clínicas de los ingresos con resultado de parto, se planteó estimar la fiabilidad para la detección de los casos a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Objetivo: Evaluar la utilidad de una herramienta basada en el CMBD para la identificación de la colonización por estreptococo agalactiae en pacientes ingresadas en el servicio de Obstetricia con resultado de parto.

Material y métodos: La fuente de datos utilizada es el CMBD de marzo de 2005 procesado con el sistema GRD; datos obtenidos durante la realización del PREVINE de marzo y registros del Servicio de Microbiología. Se seleccionaron como objeto de estudio, todos los ingresos del servicio de Obstetricia del 1 al 31 de marzo con resultado de parto (137 partos). Búsqueda de registros en CMBD con diagnóstico secundario: rúbricas 648,91, V02.51; evaluación de pacientes con EGB (+) y revisión registros analíticos de todas las pacientes ingresadas. Se cruzaron todos los datos.

Resultados: % de episodios de parto codificados mes de marzo = 100%. Total de ingresos = parto = 137. PREVINE = episodios evaluados = 137; registros *E. Agalactiae* (+) = 32 (23%) resultado *E. Agalactiae* desconocidos HC = 29 (21%). 25 casos sin registro analítico; 4 con registro (-). Resultado *E. Agalactiae* (-) = 76 (55,47%). Tasa de incidencia = 23,35%. GRD = episodios codificados = 137; Registros *E. Agalactiae* (+) = 29 (21%) Tasa de incidencia = 21,16% Errores de registro (+) = 3 = 2,18%. Error de codificación ya que constaban en las historias las analíticas = EGB (+); no registrados en el informe de alta y/o partograma.

Conclusiones: El CMBD es una fuente de información cuya finalidad principal es servir de instrumento para la gestión y su utilidad para estudios epidemiológicos es limitada, pero es válida para estudios de incidencia en algunas enfermedades, como en el caso de la colonización por EGB en embarazadas en nuestro medio. Estableciendo acciones de mejora en la implantación del protocolo, cumplimentación de la historia obstétrica y la codificación, obtendremos datos del CMBD más fiables.

LA UTILIZACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL Y EL MODELO EFQM COMO ELEMENTOS DE INNOVACIÓN EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA

J.M. Ibáñez-Romaguera, R. Lledó-Rodríguez, M. Escrig-Mestres, P. Illa-Almirall, J.M. Ruiz-Sánchez y J.L. Simón-Riazaelo
Fundació Hospital / Asil de Granollers.

Palabras clave: Mejora continua de la calidad.

Uno de los pilares de la estrategia de la Fundación Hospital/Asil de Granollers (FHAG) es la Política de Calidad, que se traduce en el Plan de Calidad y, desde el punto de vista más operativo, en el Programa de Calidad 2004-2007. Nuestro sistema de gestión implica un compromiso con la mejora continua de la calidad y la calidad total. Este compromiso, conjuntamente con la voluntad de caminar hacia la excelencia, se manifiesta en el trabajo diario de nuestros profesionales. La orientación al cliente y su extensión a todas las áreas de la institución y la potenciación de la descentralización de responsabilidades entre los diferentes servicios, áreas y unidades de la Fundació son características de esta manera de trabajar. Estas líneas estratégicas se concretarán alrededor de 2 ejes fundamentales: la aplicación del modelo de excelencia empresarial de la EFQM y la alineación con la estrategia de la Fundació mediante el cuadro de mando integral. El cuadro de mando integral por su diseño se integra perfectamente con los principios de la excelencia y el modelo de gestión de la calidad de la EFQM. El cuadro de mando integral valora a la organización desde cuatro perspectivas: interna o de procesos, financiera o de impacto social, clientes y aprendizaje, crecimiento e innovación. Estas perspectivas encuentran simetrías con los criterios EFQM, los criterios agentes con las perspectivas financieras y de aprendizaje y los criterios resultados con las dos restantes. El plan de calidad de la FHAG está estructurado aplicando estos dos instrumentos. Se explica el proceso de elaboración del plan de calidad de la organización y la definición de sus indicadores.

C-049

MEDICIÓN DE PARÁMETROS DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

P. Carrasco, E. Conde, E. Cabrera, I. López, C. Buey y P. Villaseñor
Hospital Carlos III.

Palabras clave: Mejora, Herramienta, Evaluación.

Objetivos: 1. Diseñar una herramienta que nos permita conocer datos de la estancia media y sus condicionantes en cada servicio del hospital. 2. Evaluar los resultados de los distintos servicios, en conjunto y por facultativo. 3. Evaluar los resultados del hospital.

Método: Se planteó la posibilidad de diseñar una aplicación informática que permitiese obtener datos complementarios a los contenidos en los Cuadros de Mando, adaptada a la realidad de nuestro hospital y que nos posibilitase la evaluación de la situación actual de cada servicio. En reuniones mantenidas entre el Departamento de Informática y el Responsable de Calidad, se decidió la pertinencia y factibilidad del proyecto, así como sus requisitos y especificaciones. Se explotaron datos provenientes del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). Para el diseño de la aplicación informática se tuvo en cuenta la disponibilidad de los datos, las posibilidades tecnológicas y de recursos humanos y la fiabilidad de las medidas. El objetivo final era la obtención de un informe por servicio y médico de las distintas medidas realizadas, con periodicidad trimestral. **Variables:** estancia media, desviación estándar (DE) de la estancia media, porcentaje de mortalidad, edad media, porcentaje absoluto de infecciones nosocomiales y focalidad de las mismas. **Límite estadístico:** límite superior establecido en 1 DE. Para realizar la aplicación se utilizó lenguaje informático VBA bajo Excel, atacando a una base de datos Access que contiene el CMBD.

Resultados: Aplicación informática que permite la consulta por Grupos Relacionales Diagnósticos (GRD) y servicio hospitalario y/o médico, obteniendo los datos cuantitativos de las variables mencionadas. (Se realizará una demostración práctica de la aplicación).

Conclusiones: 1. Se ha diseñado una herramienta de fácil manejo, útil, accesible y adaptable, que permite la obtención de datos de toda la organización. 2. Esta aplicación posibilita la aproximación a una gestión clínica práctica, ya que complementa la información de cada servicio con los datos individuales de cada facultativo. 3. Su desarrollo por el Departamento de Informática del propio hospital ha permitido que su diseño se haya adaptado a las necesidades reales planteadas. 4. Esta herramienta nos permite evaluar la situación actual y dar el primer paso de un ciclo de mejora.

C-051

PODEMOS TENER DATOS CLÍNICOS INFORMATIZADOS VÁLIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA USANDO CICLOS DE MEJORA: EN MURCIA LO HICIMOS

J.J. López-Picazo, M.D. Lázaro, G. Sanz, M. Villaescusa, P. Alarcón y J.A. Alarcón

Gerencia de Atención Primaria de Murcia (GAPMU).

Palabras clave: Atención Primaria, registros, ciclo de mejora.

Objetivos: La evaluación anual de la Gerencia Atención Primaria de Murcia usa cada vez más datos desde la historia informatizada (OMI). En 2003 detectó carencias de registro OMI como causa de bajas cotas en ciertos servicios. Por ello emprendió un ciclo para mejorar la calidad de estos registros.

Métodos: Tras análisis con Ishikawa estudiamos causas hipotéticas detectadas del profesional y su entorno destacando un mejor registro por enfermería que por facultativos. Para evaluar usamos 4 criterios: C1. Hipertensos-Cobertura: % individuos con proceso OMI de HTA codificado sobre total esperado (20% > 14 a) C2. HTA con 3 tomas TA/año: % individuos con proceso OMI de HTA codificado con al menos 3 tomas TA bien codificadas (código DGP) en el año. C3. Diabetes-Cobertura: % individuos con proceso OMI de diabetes codificado sobre total esperado (6% > 14 a) C4. Dislipemias: % individuos con proceso OMI de dislipemia codificado sobre total esperado (20% > 14 a) La 1^a evaluación (1Ev) se hizo en Octubre 2003 por búsqueda informatizada en el universo de individuos (iniciativa externa, obtención centralizada) La intervención incluyó (1) Informar del inicio del ciclo y de resultados de evaluación en centros (EAP) y en Consejo de Gestión; (2) Presentar y discutir en EAP sus datos específicos y por médico; (3) Elaborar y difundir en EAP el manual de ayuda "El registro útil en OMI", a disposición de todos en Intranet; (4) Formación OMI: 2 cursos (médicos y enfermeros) centrales y 3 cursos específicos (en lugar y contenido) en EAP que lo solicitaron. La 2^a evaluación (2Ev), de mismo método que la 1^a pero en 3 EAP menos (cambio de Gerencia), fue en Octubre 2004.

Resultados: En 1Ev analizamos 445988 individuos. En 2Ev, 425892 C1: 1Ev 20,3%. 2Ev 54,7%. Mejora absoluta 34,4%, relativa 43,1% C2: 1Ev 39,6%. 2Ev 48,6%. Mejora absoluta 9,0%, relativa 14,9% C3: 1Ev 75,0%. 2Ev 81,4%. Mejora absoluta 6,4%, relativa 25,1% C4: 1Ev 8,6%. 2Ev 37,2%. Mejora absoluta 28,6%, relativa 31,3%.

Conclusiones: Un esquema de mejora continua y ciclos alcanza datos clínicos informatizados válidos: en 1 año/ciclo hay mejoras relativas del 30% y cotas similares a las de EAP con registro manual. Se mejora más en datos de accesibilidad (diagnóstico: C1, C3, C4) que de proceso (DGP: C2), lo que implica adecuar futuras estrategias de intervención. Debemos ampliar criterios a más procesos OMI, fijar estándares, continuar con estrategias de mejora continua y monitorización para consolidar un soporte clínico informatizado válido.

C-052

HERRAMIENTAS DE INFORMACIÓN Y AYUDA A LA TOMA DE DECISIONES (HATD) PARA PACIENTES CON SÍNDROMES LINFOPROLIFERATIVOS

A. García-Nieto, M. Puerto y F.J. Capote
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Información, HATD, linfoproliferativos.

Los pacientes con síndromes linfoproliferativos (SLP), están cada vez más interesados en obtener información que les permita tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El uso de las medicinas alternativas y complementarias (MAC) es un tema importante en Oncología. Se estima que las utilizan el 31% del total de pacientes en todo el mundo. En un ambiente médico complejo por intereses comerciales o de creencias la información debe ser tan objetiva e imparcial como sea posible. Las HATD facilitan la información a los ciudadanos y pacientes en distintos formatos o soportes con el fin de ayudar a hacer una elección específica entre distintas opciones.

Objetivo: Crear herramientas de calidad para la información y ayuda a la toma de decisiones de los afectados por SLP, en lengua española.

Método: En 2002 creamos www.linfomar.com, un sitio web en lengua española dedicado a SLP, punto de comunicación, información y educación para pacientes, familiares y profesionales. En 2004 hemos realizado la adaptación de la información electrónica de más interés (diagnóstico, tratamiento, aspectos psicológicos, etc.) a formato de libro. En 2004 nuestro grupo ha publicado un estudio que aporta datos sobre la utilización de terapias MAC por parte de pacientes afectados de neoplasias linfoides en España que demuestra, a pesar de una prevalencia de uso alta, un grado de desinformación muy elevado. Este estudio ha motivado el desarrollo en 2005 de una HATD para el uso de MAC.

Resultados: A los 36 meses de la creación de www.linfomar.com ya se han sobrepasado las 187.000 visitas y las 1.600 intervenciones en el foro. En este tiempo ha conseguido un alto nivel de cumplimiento de los criterios de calidad recomendados por la Comisión Europea y la Internet Health Care Coalition, contando ya con los códigos de acreditación externa HONcode, pWMC, WMA e IQUA. El libro Linfomas. Información para pacientes y cuidadores (ISBN 84-609-5684-9) ya ha comenzado la fase de comercialización. La HTDA Guía para pacientes con linfoma que quieren utilizar medicinas alternativas y complementarias ya está completando la fase de redacción y en breve podrá pasar a la fase de edición.

Conclusiones: La creación de herramientas de calidad para la información y ayuda a la toma de decisiones supone una gran oportunidad para mejorar la atención sanitaria al ayudar a los pacientes a que sus decisiones sean más y mejor informadas.

C-053

BASE DE DATOS DE CONOCIMIENTO SOBRE CALIDAD ASISTENCIAL PARA LECTORES HISPANO-PARLANTES

A. Pallarés, G. Carrasco, S. Lorenzo, R. Lledó, J.J. Mira, E. Ignacio, P. Parra y C. Emparán
EUIF Blanquerna, Universidad Ramón Llull.

Palabras clave: Bibliometría, Revista de Calidad Asistencial.

Objetivos: Las bases de conocimiento (knowledge bases) se diferencian de las bases de datos tradicionales en que además contienen elementos de conocimiento (normalmente en forma de hechos y reglas). La creación de un CD-Rom con los contenidos digitalizados de Revista de Calidad Asistencial (1986-2004) representa una ocasión, no abordada por la literatura internacional, para: validar la metodología de catalogación científica de los manuscritos publicados.

Metodología: *Diseño:* revisión sistemática (peer review) por 7 editores de RCA y una experta en semántica médica de los contenidos digitalizados; *Variables:* relativas a la concordancia entre revisores y entre palabras clave de los autores y vocablos normalizados (términos Mesh); relativas a los campos del conocimiento clasificados en un vocabulario depurado de 263 términos. *Método de clasificación:* cada estudio fue auditado por dos expertos independientes y revisado por una experta en semántica médica. *Análisis estadístico:* regresión lineal múltiple y kappa de Cohen.

Resultados: Se identificaron 8.329 palabras clave definidas por los autores en los estudios publicados durante los 18 años de edición. Únicamente 1.429 (17,1%) de éstas correspondió a vocablos aceptados por revisores expertos de las cuales 263 (18,4%) fueron palabras normalizadas definidas y aceptadas en el Thesaurus Mesh de Medline. La correlación entre las definiciones de los autores de los manuscritos y las palabras aceptadas en la literatura internacional fue muy baja ($r^2 = 0,12$; $p < 0,46$) mientras que entre los revisores alcanzó kappa ponderado de 0,66 ($p < 0,01$). Los términos más empleados fueron los genéricos como calidad asistencial (10,5%) y satisfacción de los pacientes (6,9%) mientras que los más informativos y específicos se emplearon raramente ($p < 0,001$).

Conclusiones: 1) La calidad asistencial en castellano dispone de un vocabulario específico siete veces mayor que el disponible en las grandes bases de datos en inglés. 2) La catalogación del conocimiento en esta disciplina permite establecer reglas de búsqueda de información válidas para el lector hispano-parlante. 3) Es necesario mejorar aún más las palabras clave definidas por los autores de Revista de Calidad Asistencial empleando términos Mesh normalizados.

C-054

¿ES POSIBLE DISPONER DE UN CUADRO DE MANDO INTEGRAL ÚTIL, COHERENTE, SENCILLO Y UTILIZABLE POR PROFESIONALES Y GESTORES?

R. Sánchez, J. Muñoz, M. Estébanez, F. Murua, A. Audicana y P. Ruiz-de-Azúa
Hospital Psiquiátrico y Salud mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: Cuadro de Mando Integral, Misión, Indicadores.

Introducción: A partir de la misión, basándonos en las 3 líneas estratégicas de nuestra organización, y en consonancia con los 9 criterios del Modelo de la EFQM, el CMI ha de diseñarse para darnos una información útil, fiable y válida para todos los profesionales, con el objetivo último de conseguir convertirnos en una organización sanitaria excelente orientada al paciente, y a la gestión basada en datos e información actualizada.

Objetivos: 1. Diseñar un CMI coherente y funcional en consonancia con las líneas estratégicas de la organización. 2. Disponer de un CMI útil, sencillo, flexible y accesible a todas personas en los niveles adecuados y que esté disponible en la Web de la organización con información actualizada las 24 horas del día.

Metodología: Partiendo de las 3 líneas estratégicas, 1^º: Satisfacción de los Pacientes y Familias 2^º: Satisfacción de los profesionales y 3^º: Gestión Eficiente de los Recursos, hemos definido 14 indicadores, que en algunos casos son únicos, y en otros se despliegan en varios. La información tiene carácter mensual, cuatrimestral, semestral, anual o bienal en función de las necesidades de los datos según niveles de interés del usuario y puede adaptarse a las necesidades estratégicas.

Resultados: 1. Se incluyen indicadores de Satisfacción global de pacientes y familiares, de Quejas, Reclamaciones, Agradecimientos y Sugerencias por parte de los usuarios, y los que hacen referencia a la satisfacción global de los trabajadores y a la participación en grupos de mejora. 2. Se disponen dentro de la gestión eficiente de los recursos, además de datos e indicadores de actividad, demora, seguridad, conflictividad, confidencialidad e indicadores económico-financieros, de indicadores de eficacia de los procesos. 3. Disponibilidad para profesionales y gestores en la Web de la organización, incluyendo la Organización Central de Osakidetza, y se utiliza el CMI para los controles de gestión periódicos con el Dirección General.

Conclusiones: 1. Es posible y conveniente para profesionales y gestores la utilización de un único lenguaje para acercar las culturas clínica y de gestión. 2. Al incorporarlo a la intranet de la organización, se transmite una imagen de transparencia y se facilita el acceso a la información. 3. Se potencia la gestión del conocimiento y la utilización de las nuevas tecnologías, así como el compromiso con la política medioambiental de la organización, con la disminución drástica del consumo de papel a la hora de acceder a la información.

C-055

130 INDICADORES DE CALIDAD AUTOMÁTICOS A PARTIR DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

G. López, J. Yetano, J. Guajardo, M.T. Barriola y U. Aguirre

Subdirección de Calidad. Organización Central de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

C-056**Palabras clave:** Indicadores de calidad, CMBD, GRD.**Introducción:** El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es una base de datos con enormes posibilidades de explotación por Diagnósticos o por Procedimientos. Sin embargo, apenas se usa excepto para la obtención de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). La obtención de indicadores de calidad por GRD tiene el inconveniente de que agrupa por isoconsumo distorsionando la visión por enfermedad lo que produce el rechazo del clínico. Por otra parte, los Indicadores de calidad hospitalarios obtenidos con un sistema de recogida ad hoc son costosos y no siempre homologables entre los hospitales.**Objetivos:** Definir indicadores de calidad automáticos recuperables del CMBD de los procesos de hospitalización por Diagnóstico y por Procedimiento sin recurrir a los GRD. Conseguir un sistema de monitorización de la calidad de los hospitales de Osakidetza- Servicio Vasco de Salud con los indicadores definidos. **Metodología:** Se definieron 760 procesos por Diagnóstico o por Procedimiento como Neumonía Adquirida en la Comunidad o Prótesis de cadera con la colaboración de clínicos. Se diseñaron 130 Indicadores de Calidad recuperables del CMBD para aplicar a los procesos definidos. Se desarrolló una herramienta informática que obtiene información de los 760 procesos y de los 130 Indicadores de calidad a partir del CMBD y permite su análisis.**Resultados:** Se obtuvo un programa de explotación del CMBD que monitoriza el 98% de la actividad de hospitalización de Osakidetza con 130 Indicadores de calidad. Se aplicó al CMBD de 1995 a 2004 (dos millones de altas) y se instaló en red en la Organización Central de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Se obtuvieron datos por hospitales y por servicios médicos.**Conclusiones:** 1. El CMBD permite obtener información de los procesos de hospitalización por Diagnóstico o por Procedimiento con coherencia clínica y sin recurrir a los GRD. 2. Se pueden diseñar indicadores de calidad automáticos de los procesos de hospitalización a partir de información contenida en el CMBD. 3. Se ha obtenido un sistema de monitorización de la actividad y calidad de los procesos de hospitalización de Osakidetza que permite su análisis y el benchmarking. 4. La variabilidad detectada entre hospitales y servicios médicos sugieren prácticas clínicas distintas.**MESA 8****Competencias profesionales (I)****INTERVENCIÓN FORMATIVA COMO ESTRATEGIA DE DIFUSIÓN DE LA CALIDAD EN UN HOSPITAL**S. Romaguera, J. Rebull, M. Castella, A. De-Pablo, B. Cuevas y A. Grau
Hospital de Tortosa.**C-057****Palabras clave:** Formación, Difusión, Plan Calidad.**Introducción:** El Plan Estratégico 2002-2005 detectó déficits en la comunicación, difusión del plan de calidad y en el conocimiento de las acciones de calidad desarrolladas en el centro.**Objetivo:** Describir las estrategias, acciones y evaluación llevadas a cabo para formar en conceptos básicos de calidad, difundir El Plan de Calidad y las actuaciones desarrolladas en esta área. **Metodología:** En el Plan de Calidad 2004-2007 se priorizó como objetivo, además de otros 3, La formación en calidad asistencial. Un grupo de mejora formado por 4 personas diseño las estrategias formativas que consistieron: 16 seminarios básicos de calidad de una hora y media de duración en 4 franjas horarias, para facilitar la asistencia de todos los estamentos. Contenido de la sesión: - Qué es la calidad?; -Por qué de la calidad?; - Como se gestiona la calidad. Se diseño una hoja de evaluación con los indicadores correspondientes y se evaluaron 5 criterios sobre la actividad formativa. Además se programa un curso de metodología de calidad de 24 horas de duración.**Resultados:** 393 personas (708 plantilla), asistieron a la actividad formativa. Mujeres 74,4%. Edad media 42,4 años. Índice de cobertura (I.C.) global 55,5%. I.C. por estamentos: Médicos 52,5%; enfermeras 65,3%; Aux. enfermería 52%; administrativos 48,1%. Celadores 38%. Otros 54,2%. Otros criterios evaluados: 1. adecuación a los objetivos: 98,4% ($p < 0,0001$). 2. Modificación positiva sobre la calidad tras la formación: 67,6%. $\chi^2 = 38,4$ ($p < 0,001$). 3. Más posibilidades de participación 74,7% ($p < 0,0001$). 4. Después de esta actividad demandan más formación en calidad 88,5% ($p < 0,0001$). 5. Puntuación global sobre 10: 7,3 (rango 10-3; Ds. 1,46).**Conclusiones:** La estrategia diseñada para difundir y formar en calidad ha conseguido una alta participación de los profesionales. Ha positivizado la visión de los profesionales en calidad y ha incrementado la posibilidad de participar en acciones de mejora. La mayoría de profesionales son conscientes que precisan de más formación sobre en esta área.

RESULTADOS EN EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL EN 15 HOSPITALES DEL PROGRAMA ESTATAL DE ACREDITACIÓN DOCENTE

M.A. Alonso, A.L. Carrasco y A. Castellanos
SACYL. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

C-058

Palabras clave: Evaluación competencia profesional. Los autores presentan los resultados encontrados en la evaluación de la competencia profesional con ocasión de las Auditorias Docentes llevadas a cabo en 15 hospitales distribuidos por todo el territorio del Estado Español, entre 2001 y 2005. La evaluación de la competencia profesional es una de las asignaturas pendientes del Sistema Nacional de Salud. La aparición durante 2003 de la Ley 44 de Ordenación de la Profesiones Sanitarias y de la Ley 55 del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud hace prever un desarrollo creciente de los mecanismos de evaluación de la competencia profesional con finalidades diversas entre las que se encuentran la promoción profesional, la movilidad, el desarrollo de la carrera profesional, la homologación de su reconocimiento e incluso aspectos relacionados con la recompensa e incentivación de los profesionales. Por otra parte, los sistemas de acreditación de centros y servicios sanitarios incluyen apartados concretos relacionados con la evaluación de la Competencia Profesional (Staff Qualifications and Education. 2nd Edition of Standards Hospital Accreditation Program. Joint Commission International Accreditation). De igual forma el Modelo Europeo de Excelencia en la Gestión, dentro de los criterios facilitadores (Personas) contempla como elemento clave de la excelencia en la gestión la evaluación de la competencia profesional y la formación. La revisión de la situación de 15 hospitales dentro del territorio Español, demuestra que, hasta el momento, las experiencias en cualificación profesional son escasas y las implantadas se encuentran en un estado de desarrollo inicial.

SIGESxCOMP®: UNA HERRAMIENTA PARA GESTIONAR COMPETENCIAS PROFESIONALES

D. Aguilar, C. Sánchez, A.M. González, F.J. García y G. Vázquez
Fundación IAVANTE.

C-059

Palabras clave: Competencias, Gestión, Profesionales.

Justificación La gestión de las competencias de los profesionales supone una de las dificultades con las que hoy día se encuentran las organizaciones, en el ámbito de los Recursos Humanos. El Sistema Integral de Gestión por Competencias SIGESxCOMP® supone una herramienta que facilita la puesta en práctica de un modelo de gestión de personas desde una filosofía humanista (La Gestión por Competencias).

Objetivos: SIGESxCOMP® es una herramienta de Gestión de Competencias Profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes para el desempeño laboral) potenciando la participación de todos los profesionales y gestores, en un entorno accesible y ergonómico. Desarrollo SIGESxCOMP® se ha diseñado e implantado por la Fundación IAVANTE (Consejería de Salud, Junta de Andalucía), cuenta con la participación de un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales sanitarios, expertos en pedagogía y psicología, gestores de recursos humanos, especialistas en programación informática... Su funcionalidad obedece a un sistema de Módulos interconectados entre sí: 1. *Módulo de Competencias*: traducción del currículum en competencias profesionales y consultas competenciales. 2. *Módulo Plan de Desarrollo*: propuesta de calendarización de las acciones formativas para la adquisición de competencias. 3. *Módulo de Formación*: gestión, planificación y organización de acciones formativas (presenciales, semipresenciales y e-training); herramienta de gestión de la formación al mismo tiempo que un entorno virtual de formación. 4. *Módulo de Selección*: diseño, planificación y ejecución de procesos de selección. 5. *Otros Módulos*: complementarios y de gestión interna: Módulo de Logística (gestión de recursos y materiales, proveedores...); Módulo Multimedia (gestión de recursos multimedia) y Módulo de Gestión del Conocimiento (biblioteca virtual). Resultados SIGESxCOMP® lleva funcionando desde el año 2001 y cuenta con más de 7200 personas registradas (más de 6.000 ya han participado como alumnado en la plataforma); 200 mapas de competencias homologados del Sistema Sanitario Público Andaluz; un glosario con más de 1150 competencias profesionales; así como más de 600 gestores de formación (docentes, directores de programas...).

Conclusiones: SIGESxCOMP® supone una herramienta (en Internet) de puesta en práctica la gestión de competencias profesionales a través de un sistema donde participan conjuntamente todos los agentes implicados (gestores de recursos humanos y de formación, comisiones docentes, alumnado, profesionales...).

LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO UNA HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN

C.M. Alba, J. Hervás, R. Sáez, M.A. Caraballo y M.E. Fernández
Hospital de Montilla.

C-060

Palabras clave: Competencias, evaluación desempeño.

Objetivos: Analizar los resultados de la evaluación del desempeño de los profesionales de enfermería del Hospital de Montilla.

Metodología: Revisión de un total de 75 evaluaciones realizadas durante el 2004 correspondiente a los/as enfermeros/as del Hospital de Montilla para describir cuales fueron las competencias con un rendimiento adecuado y/o excelente y cuales se destacaban como competencias a mejorar así como análisis de las expectativas expresadas por los profesionales.

Resultados: Las competencias destacadas como de rendimiento adecuado y/o excelente fueron: Orientación al cliente (el ciudadano como centro) el respeto de los derechos de los pacientes. Capacidad de trabajo en equipo. Actitud de aprendizaje y mejora continua. Capacidad de relación interpersonal. Responsabilidad. Las competencias a mejorar por parte de los profesionales de enfermería explicitadas en la evaluación del desempeño fueron básicamente competencias de conocimientos como: Metodología de cuidados. RCP básica y avanzada. Conocimientos de Informática. Las expectativas expresadas por los profesionales fueron: La formación por parte de la empresa. La posibilidad de mantenerse en el mismo puesto que tenían en ese momento. Accesibilidad a sus responsables respectivos. Poder participar en la elaboración de protocolos y procedimientos para la puesta en marcha del hospital.

Conclusiones: La evaluación del desempeño es una herramienta que permite gestionar el desarrollo de los profesionales elaborando planes de formación acordes a aquellas competencias de desempeño deficitario. Por otro lado supone un momento de encuentro entre el profesional y su responsable en el que se hace se establecen compromisos de mejora y se trazan las líneas para el trabajo futuro de ambos.

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA: NUESTRA EXPERIENCIA

J. Bachiller, V. Beltrán, J. Alonso, J. Sánchez de la Vega, A. Juárez y J. Ortega
Hospital San Juan de Dios. Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

C-061

Palabras clave: Uso racional medicamentos.

Introducción: Mostramos nuestra experiencia en el uso racional del medicamento durante los 14 meses de funcionamiento del servicio de urología. Desde nuestra puesta en marcha los diferentes miembros del servicio se alinearon con la idea de racionalizar nuestra prescripción farmacéutica e intentar introducir criterios de calidad que pudieran ser monitorizados.

Material y método: Como indicadores a monitorizar, el servicio adoptó los indicadores de calidad en prescripción farmacéutica del contrato programa de la conserjería de salud de Andalucía del año 2004 y las modificaciones acaecidas en el 2005. Dichos indicadores son remitidos desde el Servicio de Farmacia al responsable del Servicio que se encarga de la monitorización de los mismos de forma mensual.

Resultados: La evolución de nuestro cumplimiento farmacológico respecto a los indicadores, ha permitido que los resultados actuales se encuentren por encima de los estándares pactados con respecto a los objetivos del centro y en casi todos los casos, salvo porcentaje de recetas con principio (> 85%), el cumplimiento de los indicadores fue del 100% en todos los miembros del equipo.

Conclusiones: Se observa la clara implicación de los profesionales en el uso racional del medicamento. Los diferentes miembros del servicio cumplen plenamente los indicadores planteados respecto a los indicadores de calidad como con los objetivos planteados con el centro. Respecto al centro, mostramos la evolución que ha seguido desde su puesta en marcha en relación de los diferentes centros del panorama andaluz respecto a cumplimiento de indicadores.

PLAN DE DESARROLLO PARA CARGOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA

M.D. Cruzado, J.M. Rivera, J.M. Espada, C. Cañizares, R. Gil y L. Fuentes

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Competencias, Gestión.

Objetivos: Analizar las prioridades de formación sugeridas por los supervisores para conseguir el desarrollo de su Mapa de competencias. Elaborar un Plan de desarrollo específico para supervisores.

Metodología: Se solicita a los supervisores que analicen su mapa de competencias, e identifiquen individualmente las áreas de mejora. Seguidamente, debían priorizar entre estas, comenzando por aquellas competencias de grado 4 e imprescindibles en el nivel óptimo. Para la recogida de datos, se entregó un registro elaborado al caso, en el que participaron la totalidad de los supervisores.

Resultados: Entre los conocimientos más demandados estaban: Aplicaciones Informáticas específicas de gestión de personas (19 peticiones), La Formación General en Prevención de Riesgos (16 p), Metodología de investigación (14 p), Estructura organizativa del SSPA o Metodología de Gestión por procesos (10 p). Las habilidades más demandadas fueron: La Capacidad de diseñar y utilizar Mapas de Competencias (5 p), el Afrontamiento del estrés, Dinámica de Grupos o Habilidad negociadora y diplomática (4 p). Solicitadas por 2 supervisores coincidieron: Habilidades de Gestión del tiempo, Capacidad para la creación y formación de grupos de trabajo y Trabajo en equipo (2 p). También se priorizó en cuanto a algunas actitudes como: Generar valor añadido a su trabajo, Actitud para el aprendizaje y mejora continua o Espíritu de Superación (1 petición).

Conclusiones: Los planes de formación internos ofertados durante estos dos últimos años han cubierto la mayor parte de las prioridades demandadas. Se han realizado cursos específicamente dirigidos a cargos intermedios, entre ellos: Gestión del Tiempo, Creación y potenciación de equipos, Mapas de Competencias y Descripción de Puestos de Trabajo, Metodología de Investigación, Atención al cliente, Habilidades de comunicación, Gestión por Procesos, Estrés y autocontrol, Metodología de Calidad, Gestión y eliminación de residuos, Aprender a delegar, Habilidades para motivar, Introducción al marketing sanitario, etc. En nuestros registros tenemos constancia del número de participaciones entre los supervisores, que han totalizado 229 acercamientos realizados por casi la totalidad de los supervisores. El grado de motivación y participación de los supervisores en su formación denota la responsabilidad de este colectivo. Es preciso determinar cuales son las competencias que cubre cada actividad formativa recibida, con el fin de continuar con el desarrollo de sus mapas.

C-062**LA ACREDITACIÓN DOCENTE Y LA CARRERA PROFESIONAL**

F.J. Pablo, J.L. Álvarez, A. Monreal, P. Vela, R. Magallón

y B. Oliban

Unidad Docente Mfyc.

C-064

Palabras clave: Carrera profesional, acreditación.

Objetivo: Elaborar propuestas de organización de la docencia postgrada en la Comunidad Autónoma mediante el desarrollo de Grupos de trabajo. Elaborar el Plan Docente Autonómico. Mejorar conocimiento mutuo de los profesionales que desarrollan tareas de tutorización potenciando el intercambio de experiencias.

Método: Grupo de Trabajo constituido por 23 profesionales expertos de distintos ámbitos docentes y de gestión siguiendo la metodología de Grupo nominal.

Resultados y conclusiones: Se establece como situación inicial que el ejercicio de la docencia debe garantizar la adecuada competencia de quien la desempeña. Simultáneamente, el ejercicio de las responsabilidades docentes debe ser suficientemente reconocido. Se deben establecer los requerimientos mínimos necesarios tanto estructurales como humanos para acreditar a los servicios docentes. Los tutores deberían ser seleccionados por las Comisiones de Docencia o Asesoras estableciéndose un modelo de Acreditación – Reacreditación gestionado por un comité de acreditación independiente. En el modelo de acreditación se debería valorar, además de los diferentes méritos y competencias, la evaluación efectuada por los Médicos Residentes. Los profesionales que ejerzan de tutores postgrado deberían poseer los siguientes requisitos: Ser especialistas de la propia especialidad. Desarrollar actividad asistencial. Garantizar un mínimo de años de experiencia clínica que deberían ser definidos por los órganos docentes competentes. Estar integrados en programas de formación continuada, tanto de su propia especialidad como los destinados a la metodología docente (herramientas pedagógicas, metodología evaluativa,...) Valores docentes. Además de los requerimientos técnicos previos el perfil de tutor docente debe incluir los siguientes valores: Ilusión e interés Capacidad de transferencia de conocimientos y habilidades en comunicación Accesibilidad Liderazgo docente en el equipo Compromiso con la especialidad Reconocimiento docente. Se distinguen dos tipos de reconocimientos: En términos materiales: Remuneración económica Días de formación específicos en metodología docente. Días de libre disposición En carrera profesional: Se propone un valor de hasta el 40% del total en el desarrollo de méritos de la carrera profesional.

VIOLENCIA DOMÉSTICA: ¿FORMAR O ABRIR LA CAJA DE PANDORA?

A. Cisneros, A. del Villar, E. Lamote, R. López, V. Pico y R. Garuz

Dirección gerencia salud. Zaragoza.

C-063

Palabras clave: Violencia de género, representaciones sociales.

El Departamento de Salud y Consumo elaboró una "Guía de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia Doméstica" para uso de los profesionales sanitarios. El Servicio Aragonés de Salud, junto con el Instituto de Ciencias de la Salud y el Instituto de la Mujer diseñó el programa de formación. Este estudio se propone: conocer las motivaciones de los formadores que decidieron participar en el programa y sus percepciones sobre violencia doméstica saber si la formación ayuda a los profesionales y detectar aspectos mejorables en la misma.

Métodos: En el mes de abril, 28 profesionales sanitarios con un perfil definido recibieron formación y materiales para difundir la guía mediante sesiones en los 121 Centros de Salud de Aragón y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Estos formadores cumplimentaron un cuestionario con preguntas abiertas sobre su percepción de la violencia doméstica y los motivos de su participación en este proyecto. Posteriormente se hizo con ellos un grupo focal para discutir su experiencia e impresiones como formadores. A todos los profesionales de los centros se les repartieron dos tipos de encuesta. Una antes de la sesión, para recoger datos sobre su experiencia previa y actuación ante casos sospechosos de maltrato y otra al final de la misma, en la que se pregunta sobre su disposición a abordar el problema.

Resultados: Se presentan las representaciones sociales de los formadores sobre violencia doméstica y los motivos de su participación en este proyecto, así como las carencias detectadas en el sistema a la hora de abordar el problema.

Conclusiones: La principal motivación de los formadores, mayoritariamente del sexo femenino, parece ir ligada sobre todo a una "solidaridad de género", por lo que resulta imprescindible implicar a los profesionales de sexo masculino. En cuanto a la formación, parece que sería interesante incluir formación en entrevista clínica e incidir más en los aspectos legales,

MESA 9

Gestión por procesos (II)

C-066

ESTANDARIZACIÓN DE ACTIVIDADES: SUPLENCIA EN LOS AUTOCUIDADOS EN PACIENTES DEL PROCESO PLURIPATOLÓGICO

M.J. Gómez-Martínez, C. Vila, P. Bienvenido, C. Ruiz-Heredia y R. García-Juárez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: NIC - Auxiliar de enfermería, pluripatológico.

Objetivo: Normalizar la práctica clínica en la suplencia de autocuidados en pacientes pluripatológicos en los que el enfermero detecte problemas de autonomía.

Método: Estudio inductivo. Formando parte de la elaboración de un plan de cuidados estandarizado de pacientes pluripatológicos, tras la revisión de la NIC, se seleccionan aquellas intervenciones delegadas en las auxiliares de enfermería y se forma un grupo de trabajo que por consenso selecciona las actividades a realizar, excluyendo aquellas que no se realizan, bien por no corresponder a servicios que ellas presten o por no ser aplicables en nuestro ámbito cultural, esto permite la elaboración de un manual de trabajo para los profesionales de este colectivo de nueva incorporación, además de constituir un garante de calidad de los cuidados.

Resultados: Se protocolizan las actividades correspondientes a las siguientes intervenciones: 1050 Alimentación. 0840 Cambio de posición - 0420 Irrigación intestinal - 0430 Manejo intestinal - 1100 Manejo de la nutrición - 0460 Manejo de la diarrea 5614 Enseñanza: dieta prescrita - 1056 Alimentación enteral por sonda - 1803 Ayuda con los autocuidados: eliminación - 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo - 0740 Cuidados del paciente encamado - 1874 Cuidados de la sonda gastrointestinal - 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal - 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria - 0450 Manejo del estreñimiento/impactación.

Conclusiones: 1. En la estandarización de planes de cuidados, aquellas intervenciones que realizan las ADE pueden ser protocolizadas por ellas utilizando la NIC como referencia. 2. Las ADE que participaron en la estandarización refieren un aumento de la satisfacción en relación con el reconocimiento del valor de su trabajo. 3. Trabajar con planes estandarizados favorece la confianza del paciente en los profesionales que lo atienden incluso cuando se trata de personal eventual.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES

M. Santiñá, M.T. Echevarría, M. Carpallo, D. Rodríguez, B. Coll-Vinent y J. Millá
Hospital Clínic. Barcelona.

Palabras clave: Evaluación de procesos. Indicadores de Calidad.

Introducción: El hospital Clínic de Barcelona es desde el año 1992 centro de referencia para la atención a las víctimas de agresiones sexuales. En el año 2000 se constituyó a Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género, con el objetivo de mejorar la coordinación entre todos los profesionales implicados en este tipo de asistencia. Uno de los primeros trabajos de la comisión fue elaborar la guía de atención a las agresiones sexuales. La guía desarrolla en uno de sus apartados la evaluación continua de la calidad de este proceso asistencial que es lo que presentamos en esta comunicación.

Material y método: Se definieron tres áreas de trabajo: 1. La evaluación, mensual, de las incidencias que se produjeron en el curso de la asistencia. Para ello se diseño una hoja de registro, en la que se había de anotar, la fecha, la descripción de los hechos, si se había realizado algún tipo de acción para resolver la incidencia y cuál había sido el resultado final. Las incidencias se presentan en la reunión mensual de la comisión, se discuten, se decide que tipo de medida hay que emprender y quién es el responsable de la comisión de hacerlo. En la siguiente reunión se hace un seguimiento del grado de éxito de la medida propuesta. 2. El diseño e implantación de una serie de indicadores de los puntos críticos del proceso asistencial, que son: a) % de agresiones que han entrado en la guía clínica, que nos indica del total de agresiones sexuales atendidas en el servicio de urgencias, cuantas lo han sido siguiendo las pautas previstas en la guía clínica. b) Tiempo de acogida, que nos indica el tiempo que se tarda en atender a una víctima de agresión sexual. c) Tiempo de forense, que nos indica el tiempo que tarda el medico forense en llegar al servicio de urgencias. d) Tiempo total, que nos indica cuanto ha durado en total todo el proceso asistencial. e) % de pacientes atendidas en el servicio de enfermedades infecciosas, que nos indica cuantas de las pacientes que habían acudido a las consultas externas de enfermedades infecciosas lo habían hecho. 3. La evaluación mensual de los registros clave: el informe asistencial de urgencias y el parte judicial, para lo cuál se diseñaron 2 hojas con los parámetros a evaluar. Se evalúan los 2 registros de todos los casos de agresiones sexuales atendidos en el servicio de Urgencias.

Resultados y conclusiones: Se presentarán en Cádiz.

C-065

MAPA DE PROCESOS NIVEL 0 DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

T. Fernández-Aparicio, M.T. Herranz-Marín, A. Novoa-Jurado, A. Carrillo-González, A. Paredes y J. Alcaraz
Hospital J.M. Morales Mesequer.

Palabras clave: Mapa de procesos; Gestión por procesos.

Objetivos: Elaborar el mapa de procesos nivel 0 del Hospital Morales Mesequer (Proyecto becado por la Fundación SENECA, identificador PRSAN/01/FN/03).

Material y método: Durante el año 2004 y el primer trimestre de 2005 se ha desarrollado el mapa de procesos nivel 0 en nuestro Centro bajo los siguientes principios: 1. Dinámica de grupos a partir de 40 profesionales voluntarios del Centro de diversas categorías. 2. Plan de formación tutorizado por expertos en calidad y en la gestión de procesos a través de 4 sesiones de trabajo. 3. Identificación de los procesos clave, estratégicos y de apoyo a través de los grupos de trabajo y del equipo Directivo del Centro, así como de las actividades en ellos incluidas y los indicadores básicos de monitorización. 4. Identificación de procesos emergentes tras la realización de la autoevaluación EFQM. 5. Desarrollo de la matriz de interrelaciones. 6. Dibujo del mapa de procesos nivel 0 mediante la metodología IDEFO.

Resultados: El 40,5% de los profesionales implicados fueron facultativos, 40,5% personal sanitario no facultativo y 19% personal no sanitario. La participación global en las sesiones de trabajo fue del 94%. Los grupos identificaron la mayor parte de los procesos clínicos y asistenciales, integrados todos ellos en la categoría de "procesos clave". En total, los profesionales señalaron 20 procesos. Prácticamente en todos ellos se elaboró la definición correspondiente y sus actividades; en algún caso emblemático fue desarrollado el diagrama de vías paralelas. El equipo investigador y directivo del Centro identificó asimismo otro conjunto de procesos no mencionados por los profesionales (25), en su mayor parte estratégicos o de soporte.

Conclusiones: La motivación y el ejercicio de participación de los profesionales del Centro ha sido excepcional. La elaboración final del mapa ha permitido objetivar la indudable orientación hacia el paciente de nuestra organización, acercando aún más el concepto de calidad total a la cultura del Centro desde un abordaje práctico.

C-067

ESTUDIO DE ÁMBITO NACIONAL DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA INGUINAL

E. Rodríguez-Cuéllar, R. Villeta-Plaza, P.M. Ruiz-López, J. Alcalde-Escribano, I. Landa-García y M. Gómez-Fleitas
Hospital Fundación P de Verín.

C-068

Palabras clave: Hernia inguinal, cirugía, gestión de procesos.

Introducción: La alta prevalencia del tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal (procedimiento más frecuente en cirugía general), nos ha conducido a realizar un estudio a nivel nacional dirigido a conocer los indicadores más importantes.

Objetivo: Análisis de la calidad asistencial en el tratamiento quirúrgico programado de la hernia inguinal, evaluando la calidad científico-técnica, eficiencia, efectividad y satisfacción del paciente.

Material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el seguimiento posterior. Se seleccionaron Indicadores clínicos revisando la literatura científica.

Resultados: Participaron 46 hospitales correspondientes a 16 Comunidades Autónomas que proporcionaron en total 386 casos. El seguimiento medio fue de 18 meses. La edad media de los pacientes fue 56,33 años, y el 88,3% fueron varones. El 50,1% eran ASA I. Únicamente el 4,4% cumplió las pautas del protocolo de pruebas preoperatorias. Se empleó profilaxis antibiótica en el 75,39% y tromboembólica en el 40,04%. El 33,6% se intervino en régimen de CMA. Se empleó anestesia local y sedación únicamente en el 16,36% de los pacientes. Los tiempos medios de estancia fueron 47,5 horas para los pacientes ingresados y 11,65 horas para los intervenidos por CMA. Entre las complicaciones destacó el hematoma con un 11,6%. Un 96% de los pacientes se encontraba satisfecho o muy satisfecho, y los ítems mejor puntuados en la encuesta de satisfacción fueron los relacionados con la información, trato y amabilidad del personal, siendo los peor puntuados la puntualidad y accesibilidad.

Conclusiones: El análisis del proceso ha evidenciado el seguimiento de la evidencia científica en la elección de la técnica quirúrgica. Como oportunidades de mejora aparecen: adhesión a protocolos de evaluación preoperatoria, el aumento de la cirugía ambulatoria, el aumento del uso de anestesia local y sedación, el uso selectivo de profilaxis antibiótica y tromboembólica y la disminución de la estancia media. La satisfacción de los pacientes con el tratamiento ha sido adecuada.

TRANSFORMACIÓN DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA MEDIANTE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE VÍAS CLÍNICAS

V. Soria-Aledo, B. Flores-Pastor, D. Martínez-Gómez, A. Campillo-Soto, M.F. Candel-Arenas y J.L. Aguayo-Albasini
Hospital J.M. Morales Meseguer.

C-069

Palabras clave: Vías clínicas, cirugía, protocolo.

Objetivo: Las vías clínicas son planes asistenciales sistematizados para determinados procesos. La elección de los procesos que se van a incluir en un sistema de vías clínicas se basa en frecuencia de dichos procesos, el elevado coste, la variabilidad a la que están sometidos y la importancia dentro de un Servicio o Sistema sanitario. El objetivo de esta comunicación es evaluar el resultado de la implantación de un sistema de vías clínicas en un servicio de cirugía general.

Material y método: En el Servicio de Cirugía General del hospital Morales Meseguer, desde el año 2000 hasta el 2004 se han elaborado, implantado y evaluado las vías clínicas del pie diabético, la colecistectomía laparoscópica, la tiroidectomía, el neumotórax espontáneo primario y el carcinoma colorrectal. La elaboración se realizó por equipos multidisciplinares que atendían a los pacientes según el proceso que se tratará. Todas las vías clínicas se han elaborado basándose en el análisis de una serie previa y en la evidencia científica disponible. En la evaluación se han recogido los datos de cumplimiento, efectividad clínica, satisfacción y eficiencia, comparándose con los datos de las series previas. Asimismo se ha realizado una encuesta de satisfacción a los profesionales implicados para conocer su percepción y grado de satisfacción del sistema de vías clínicas.

Resultados: Todas las vías clínicas han supuesto una disminución significativa de la estancia hospitalaria con respecto a las series previas, aunque el cumplimiento de la estancia estimada ha oscilado del 39% en pacientes con hemitiroidectomía hasta el 80% de pacientes con neumotórax espontáneos tratados con tratamiento conservador. Las causas de dichos incumplimientos son variables aunque la mayoría son atribuibles a los propios profesionales. Los resultados en cuanto a la efectividad clínica han sido similares en casi todas las vías excepto en la del pie diabético en la que ha disminuido significativamente el número de amputaciones de miembro inferior. Los resultados de satisfacción son positivos valorados de forma global aunque no han podido compararse con las series previas por haberse diseñado dicha encuesta junto a las vías clínicas.

Conclusión: La implantación de un sistema de vías clínicas en un servicio de cirugía ha supuesto un cambio de filosofía en los profesionales para conseguir una atención óptima utilizando los recursos de forma eficiente con un alto grado de satisfacción para los pacientes y los propios profesionales.

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS EN EL ÁREA JEREZ COSTA NOROESTE

P. Peña, P. Aguilera, R. Baena, J.A. Marín, M. Tejero y M.A. Santos
U. Epidemiología Área Calidad Distrito Sanitario Jerez- Costa Noroeste (SAS).

C-070

Palabras clave: Gestión Calidad Procesos.

Objetivo: Tras dos años de la aparición de los Procesos Asistenciales Integrados (en adelante Procesos) en el Servicio Andaluz de Salud, se plantea: "Diseñar e implantar un sistema de Gestión de Calidad que tienen como fin favorecer e impulsar la mejora continua de los Procesos en todos los Centros Sanitarios del Área Jerez Costa Noroeste".

Material y método: Para el análisis de la situación de los Procesos se utiliza una matriz DAFO. La identificación del grado de difusión de la información se realiza mediante cuestionario. Para identificar las causas del déficit de información se emplea un diagrama causa efecto y técnicas de grupo nominal. El análisis de datos se hace en el programa informático EPIINFO 2000.

Resultados: Un 55,5% de los profesionales encuestados (IC 95% = 49,04-61,79) manifiestan no recibir la información básica de los Procesos de forma adecuada y el 60,2% (IC 95% = 53,74-66,33) refiere que en su Equipo no se han analizado las normas de calidad de los Procesos frente a un 39,7% que manifiesta haberlas analizado. El análisis de las variables según categoría de profesional presenta diferencias significativas ($p < 0,00$). En la organización de los Centros se agrupan las principales causas identificadas del déficit de información.

Conclusiones: Los resultados presentados detectan la necesidad de reactivar el trabajo en Equipo de los profesionales e impulsar una cultura de mejora continua de la calidad que implique a los dos niveles asistenciales. Por ello, se presentan tres proyectos de mejoras relacionados con: la información interna en los Centros, el funcionamiento de las Comisiones de Calidad y proceso de soporte destinado a la evaluación de las normas de calidad y a la efectividad de los Procesos Asistenciales. El Sistema de gestión de la Calidad de los Procesos elaborado propone estándares puntuables que permiten una explotación global mismo y el posicionamiento de los Centros sanitarios en una escala de 5 niveles de calidad. Niveles de calidad que posibilitan que las actividades de implantación y desarrollo de los Procesos contribuyan: a la confección de los Planes anuales de mejora de los Centros sanitarios, a implantar actividades de benchmarking y acreditación y a la elaboración del complemento de rendimiento profesional y productividad de las Unidades Clínicas.

INFORMATIZACIÓN DEL MAPA DE INDICADORES DE CALIDAD DE LOS PROCESOS DEL HOSPITAL MONTE NARANCO

E. Fernández-Tamargo, A. Cabases-Pérez, N. Castaño-Sánchez, E. Pintado-García, B. Bustos-Rodríguez y G. Cossío-Torner
Hospital Monte Naranco.

C-071

Palabras clave: Indicadores de calidad, sistemas informáticos.

Objetivo: Establecer un proceso informático de los indicadores de calidad de los procesos del Hospital Monte Naranco para su introducción directa de los gestores de procesos y su explotación centralizada.

Material y métodos: Establecimiento de un cronograma de trabajo para implantar el proceso de los indicadores. Revisión de la bibliografía de los distintos indicadores a implantar dentro de la asistencia sanitaria en el hospital. Definición del procedimiento y difusión de los mismos a través de los coordinadores de calidad. Automatización de las teorías de cálculo y del procedimiento informático. Centralización de los indicadores en un cuadro de mando de los mismos.

Resultados: Personas (2 coordinadores de calidad, informático y los 18 gestores de procesos). Tiempo: 2 meses. Por consenso se definieron 63 indicadores de servicios (media 3,38 indicadores por proceso), englobados dentro del mapa de procesos del hospital en nivel estratégico (los incluidos en el cuadro de mandos contrato programa), nivel operativo (33- 52,4%) y nivel de apoyo (30-47,6%). Se realizaron 53 reuniones para la revisión y evaluación de indicadores (incluidos dentro del sistema de gestión de la calidad) y se llevan 18 en el 2005. Destaca como puntos débiles la no informatización de la obtención de la información en 7 indicadores (11,1%) y la falta de cumplimiento de 18 en el primer año (28,6%), y como puntos fuertes los cambios realizados en 16 (25,4%) por mejoras y la introducción del cuadro de mandos.

Conclusiones: La informatización de los indicadores de calidad es útil para la mejora de la calidad, se ha difundido a los servicios y sus gestores de procesos y está sirviendo de base en el pacto anual de objetivos. El uso de recursos informáticos permite automatizar, difundir y promover la toma de decisiones basadas en datos.

Palabras clave: Osakidetza Procesos Personas.

La declaración de política de RRHH de Osakidetza/Svs establece como uno de sus principios generales el de impulsar la gestión de personal y alcanzar un enfoque integral fundamentado en el “desarrollo de un modelo que abarque de forma integrada y coordinada todos los procesos de gestión de las personas y gestión sistemática de los procesos desde una visión de mejora continua”. Tomando como referencia la reflexión estratégica que dio lugar a la declaración de la política de RRHH y el propio Plan Estratégico de Osakidetza/Svs, se inició un proyecto dirigido a la implantación de la gestión por procesos en el ámbito de la gestión de personas que abarcara el conjunto de organizaciones de servicios (OS) del Ente. El modelo pretendido debía partir de una visión integrada de los procesos, dando respuesta a las siguientes especificaciones: 1. Permitir el despliegue de la misión, valores y cultura de Osakidetza a la gestión de personas. 2. Alinear las actuaciones en cada proceso con los objetivos estratégicos. 3. Establecer claramente los elementos comunes y las vinculaciones entre los distintos procesos. 4. Posibilitar el compromiso y satisfacción de las personas, y la integración de todos los agentes implicados. Además, el modelo debía dar respuesta a dos objetivos generales muy concretos: 1. La homogeneidad de los procesos en lo básico, estableciendo criterios comunes de actuación para todas las organizaciones de servicios. 2. Delimitar las competencias entre los distintos ámbitos de gestión (organización central y OS), determinando el alcance de la descentralización. El primer resultado de este proyecto ha sido la aprobación en enero de 2005 del documento titulado “Gestión por procesos en el ámbito de la gestión de las personas” en el que se define el modelo. Dicho documento incluye los manuales de proceso del conjunto de procesos de gestión de las personas, así como las propuestas de mejora detectadas en cada uno después del análisis de adecuación a la política y estrategia. Los procesos descritos se han contemplado desde un nivel de desarrollo corporativo de la gestión de recursos humanos, si bien, a partir de este año se procederá a la profundización de los mismos pasando a niveles de desarrollo propios de organización de servicios. La metodología empleada en este proyecto parte del modelo de gestión de excelencia de la EFQM y de la “Guía para la Gestión por procesos e ISO 9000:2000 en las organizaciones sanitarias” editada por Osakidetza/Svs.

MESA 10

Calidad Enfermería (II)

DEFINIR EL PERFIL BÁSICO DE LOS PACIENTES

M. Tirado, M.D. Ríaza, C. Sedeño, N. Castaño, C. Rodríguez y J.M. Sánchez
Hospital Serranía Ronda.

C-073

Palabras clave: Cuidados, paciente, perfil.

Nos planteamos un estudio descriptivo de los pacientes que ingresan en la unidad de hospitalización médica, con el objeto de Definir su perfil básico en relación a los siguientes parámetros: edad, entorno social, nivel de dependencia, riesgo de deterioro cognitivo y riesgo de deterioro de la integridad cutánea, factores que determinan las características de los cuidados enfermeros para cada grupo de pacientes, con el fin de realizar una planificación de cuidados adaptada a las necesidades de los pacientes y favorecer la asignación enfermera-paciente de forma equitativa. Las distintas variables del estudio se analizaron entre 16 de octubre de 2004 hasta 30 de mayo de 2005. La información es recogida al ingreso del paciente en la unidad, por la supervisora, en una hoja de registro, se introduce y procesa en una base de datos. El porcentaje de los pacientes estudiados corresponde a un 38% de los que han ingresado en la unidad. Entre los resultados obtenidos destacan: 66% son mayores de 65 años, 64% presentan algún tipo de dependencia, 19% presenta riesgo de deterioro cognitivo y un 30% presenta riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Como conclusión el estudio del perfil básico del paciente permite enfocar la estandarización de cuidados en la unidad hacia etiquetas diagnósticas comunes a la mayoría de los pacientes ingresados, la planificación anticipada del alta y la continuidad de cuidados.

DISEÑO DE UN CIRCUITO DE ALTA PLANIFICADA EN ÁREA CÁDIZ. LA PREALTA: ELEMENTO DE CALIDAD EN CONTINUIDAD DE CUIDADOS

F.J. Pérez-Cabezas, A. López-Sánchez, L. García-Villanego, F. Moreno-Castro y M.M. León-Grima
C.S. La Paz. Cádiz.

Palabras clave: Calidad, consenso y continuidad de cuidados.
Introducción: Tras la implantación del programa de ECE en el Distrito Bahía de Cádiz- La Janda desde el Hospital de referencia, se contacta con las ECE que acuden al Hospital para realizar una visita previa al alta del paciente dependiente para conocer su situación y la de su familia y promover desde allí la movilización de los recursos necesarios para el cuidado en el domicilio (actividad que actualmente no está sistematizada, ni protocolizada), mejorando la calidad en los cuidados que se prestan tras el alta hospitalaria.

Objetivo: Diseñar el circuito de actuación para la visita planificada al alta, que redundan en la programación de calidad en su domicilio.

Metodología: 1. Elaboración por el equipo investigador del Documento inicial, 0, que define el alta planificada. 2. Realización de un Delphi con expertos para consensuar dicho Documento 0. 3. Análisis de aportaciones. 4. Elaboración del Documento Definitivo con las aportaciones del grupo de expertos.

Resultados: Implantación normalizada de la Visita Planificada o Prealta desde el 1 de abril de 2005, para los pacientes intervenidos de cadera.

Conclusiones: Los aspectos novedosos como es la Visita Prealta del ECE, suponen un esfuerzo consensuado de estandarización para mejorar la calidad asistencial. La técnica Delphi permite la participación de expertos de diferentes áreas geográficas, puestos de trabajo, calificación, etc. Aporta conclusiones transitorias útiles para iniciar una intervención normalizada con criterios de calidad.

C-074**EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS CARROS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR**

A. Alonso, I. Urrea, Y. Capel, A.M. Soria, J.M. Martínez y J.I. Castillo
Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería.

Palabras clave: RCP, equipo, evaluación.

Introducción: Dada la importancia de la funcionalidad de los carros de RCP en situaciones de emergencia, y el hecho de que la responsabilidad de los mismos recae en el equipo de enfermería, se estableció como línea estratégica garantizar la operatividad de estos equipos.

Objetivos: Evaluar el contenido y funcionamiento del equipo de los carros de PCR de nuestro centro, asegurando que cumplen su cometido en situaciones de parada cardiorrespiratoria, según el listado mínimo elaborado.

Método: Estudio de intervención prospectivo del equipamiento y funcionalidad de los carros de RCP del Hospital de Poniente en el período comprendido entre Enero 2001 a Diciembre 2004. Se formó un equipo auditor constituido por un FEA Medicina Intensiva e instructor del Plan Nacional de RCP y un enfermero de Cuidados Críticos, monitor de RCP. Se revisó el contenido y funcionamiento del equipo de los carros en presencia del personal asistencial donde se encontraba ubicado el carro. Al finalizar la inspección los 3 firmaban en la hoja de evaluación. Se revisaron los incumplimientos clasificándolos en leves, graves y muy graves según afectasen a la eficacia de la resucitación. Fueron clasificados como leves aquellos incumplimientos que sólo hacían las maniobras más molestas o complejas para el reanimador, pero que no afectaban a su eficacia. Las faltas graves que podían hacer que las maniobras de RCP fuesen subóptimas, pero no imposibilitaban su realización. Por contra, se entendió que las faltas muy graves hacían imposible la ejecución correcta y completa de las maniobras de RCP. Finalmente, el carro se calificó como "apto", "apto condicionado" y "no apto" para su cometido, según el objetivo definido en esta evaluación.

Resultados:

	2001	2002	2003	2003	2004
	1º Semestre	2º Semestre	2º Semestre		
Apto	6 (60%)	5 (50%)	2 (16,67%)	6 (46,15%)	9 (60%)
Apto condicionado	1 (10%)	1 (10%)	4 (33,33%)	4 (30,77%)	1 (6,6%)
No Apto	3 (30%)	4 (40%)	6 (50%)	3 (23,08%)	5 (33,3%)
TOTAL	10	10	12	13	15

Conclusiones: 1) La auditoría periódica de los carros de RCP influye positivamente sobre la calidad de los mismos. 2) Las deficiencias leves, subsanables por el personal asistencial, disminuyeron rápidamente hasta estabilizarse en niveles aceptables.

C-076**ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE LA METODOLOGÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL DE NUEVA APERTURA**

C.M. Alba, M.A. Caraballo, M.E. Fernández, J. Hervás, R. Sáez y R. Oliveros Hospital de Montilla.

Palabras clave: Calidad enfermería, metodología.

Objetivos: Describir el proceso de implantación de metodología enfermera en un Hospital de nueva apertura. Analizar los resultados del primer cuatrimestre de actividad.

Metodología: Estudio descriptivo de la estrategia seguida para la implantación de la metodología de cuidados de enfermería y análisis de los resultados del primer cuatrimestre de actividad.

Resultados: Desde Diciembre de 2003 que se inicia el proceso de selección de enfermeras para el Hospital de Montilla hasta Octubre de 2004 que se produjo la apertura se desarrollaron las siguientes acciones para introducir en la práctica de las enfermeras la metodología de cuidados: 1. Elaboración del mapa de competencias de enfermeras. Incluye 2 competencias como indispensables en la fase de selección: C0165 Metodología de cuidados y H0089 Individualización de cuidados. 2. Examen de selección con preguntas sobre lenguaje estandarizado y modelos de práctica enfermera. 3. Entrevista de selección dirigida a la búsqueda de enfermeras con perfil cuidador. 4. Formación interna a supervisoras y 6 enfermeras. 4 Sesiones formativas y 2 sesiones clínicas. 5. Formación externa: Curso básico para la estandarización y mejora de los cuidados enfermeros en atención especializada. 6. Formación en cascada a los profesionales de nueva incorporación, incluyendo manejo del portal clínico de cuidados. 7. Elaboración de un dossier de acogida que incluía documentos sobre metodología de cuidados, modelos de cuidados, hojas de valoración,... 8. Difusión de los planes de cuidados publicados en la web de la Consejería de Salud. 9. Libros Nanda, Nic y Noc en todas las unidades. 10. Creación de un escritorio personalizado en los PC para las enfermeras que incluye enlaces a web de interés relacionadas con cuidados. 11. Inclusión en objetivos de los profesionales la realización de valoración inicial al 100% de los pacientes ingresados así como Informe de continuidad de cuidados. Durante el primer cuatrimestre de 2005 se ha realizado valoración inicial al 91% de los pacientes ingresados, lo que significa que a un total de 1008 pacientes se les ha puesto en marcha un plan de cuidados. Se han realizado un total de 586 informes de continuidad de cuidados.

Conclusiones: Desarrollar una estrategia de introducción de la metodología en la práctica clínica de las enfermeras en un hospital de nueva apertura facilita centrar los cuidados en el paciente, individualizarlos y personalizarlos. Permitirá en el futuro medir la actividad de las enfermeras así como su impacto en el paciente.

C-075**IMPACTO DE LOS TALLERES DE CUIDADORAS EN EL DISTRITO SANITARIO LA VEGA**

R. García, A. Palenzuela, C. Parejo, M. García, M.D. Martín y B. Sánchez
DS La Vega. Antequera.

Palabras clave: Cuidados, cuidadoras, talleres.

Introducción: El Decreto 137/2002 De Apoyo a las Familias Andaluzas establece en el capítulo VII unas medidas encaminadas a potenciar y mejorar los cuidados en domicilio, y más específicamente en el artículo 24 del decreto se expone, entre otras que: "con carácter complementario, se establecerán las medidas para facilitar a las personas responsables del cuidado de los mayores o de personas con discapacidad el apoyo y formación para el desarrollo del rol del cuidador". Entre estas medidas se encuentra la formación grupal a cuidadoras a través de los talleres a medida, organizados por los Enfermeros Comunitarios de Enlace (ECE) en cuyo desarrollo participan otros profesionales del EBAP.

Objetivo: Demostrar el grado de satisfacción y de utilidad que para las cuidadoras tiene la asistencia a estos talleres de formación específica. Mejorando el cuidado propio y de las personas a las que cuidan.

Metodología: Los talleres de cuidadoras realizados en el D.S. La Vega (Antequera) constan de 7 sesiones, y estas se dividen en 2 bloques bien diferenciados: 1. Necesidades relacionadas con el cuidado a la propia cuidadora. 2. Necesidades relacionadas con el desempeño de su rol. Una vez finalizado el taller, en la última sesión se entrega una ficha a cada cuidadora con 9 preguntas cuyas respuestas se sitúan en una escala estructurada tipo likert, con valores entre 1 y 10, siendo 1 la valoración más baja de la pregunta propuesta y 10 la valoración más alta de la pregunta propuesta. Se analizan las encuestas realizadas con estadística descriptiva.

Resultados: Una vez realizada la explotación de los datos obtenidos en los talleres organizados por los ECEs del D.S. La Vega durante los años 2004 y 2005, se observa el alto grado de satisfacción, de adquisición de conocimientos y de la utilidad percibida que los talleres han supuesto para las cuidadoras.

Conclusión: Beneficios: la realización de talleres dirigidos a cuidadoras: Mejora el autocuidado y aumenta la autoestima de la cuidadoras. Aumenta y mejora los cuidados que prestan a las personas que cuidan. Oportunidades de mejora: se deben incluir ítems en la encuesta de satisfacción que exploren áreas relacionadas con: Estímulo de las relaciones sociales y favorecimiento de la ayuda mutua. Aumento del afrontamiento y mejora de la capacidad de decisión. Aumento de la percepción de apoyo por parte del sistema de salud.

C-077

**PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS Y APlicATIVO INFORMÁTICO
GACELA: "REALIDAD EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE"**

E.M. Ramos, B.R. Sánchez, A. Vázquez, M. Bas y R. Méndez
Complejo Hospitalario de Ourense.

Palabras clave: Enfermeras/os, metodología, herramienta.

Objetivo: Conocer actitudes y aptitudes de las enfermeras/os del CHOU sobre metodología de cuidados y herramienta informática.

Método: Estudio descriptivo transversal prospectivo, cuestionario tipo test con preguntas cerradas, autocomplimentable, voluntario y anónimo, diseñado y validado para este estudio y distribuido en Febrero 2005. Población estudio: enfermeras/os que trabajan en unidades de hospitalización del CHOU. *Variables:* edad, sexo, estudios realizados, formación, conocimientos, opinión sobre metodología y aplicativo informático. Análisis estadístico, paquete estadístico SPSS, depuración de calidad y análisis descriptivo con medias e intervalo de confianza del 95% para variables cualitativas. Para la comparación de medias t-student, comparación de proporciones χ^2 y análisis de varianza ANOVA.

Resultados: Se obtuvieron 127 cuestionarios válidos, 39% de la población a estudio. Perfil: mujer, edad media 39,7 años, el 91,4% DUE. *Metodología de cuidados:* el 32,8% no recibieron formación durante la carrera, el 51,2% reconoce tener pocos conocimientos, el 71,7% ha realizado algún tipo de formación después de finalizar los estudios y el 87% manifiesta interés por aumentar su formación. *Herramienta informática:* el 42,5% afirma tener pocos conocimientos, el 97,5% no han recibido formación durante la carrera y desean mejorar su formación el 79,5%. Se encontró diferencia estadística significativa $p < 0,0001$ entre edad y estudios realizados y edad según nivel de conocimientos $p = 0,01$, no se encontró diferencia significativa entre grupos de edad y necesidad de mayor formación en metodología de cuidados.

Conclusiones: Un porcentaje elevado de profesionales no responde al cuestionario. De los encuestados que no recibieron formación sobre metodología de cuidados en la carrera, la mitad reconoce que no realizaron formación posterior, mientras que la totalidad manifiesta interés en formarse. De los profesionales que recibieron formación durante la carrera y además incrementaron posteriormente sus conocimientos, la mayor parte de estos expresa la necesidad de seguir formándose. Con respecto a la herramienta informática, casi la totalidad reconoce no haber recibido formación durante sus estudios universitarios y los que la han recibido posteriormente, expresan la necesidad de seguir incrementando sus conocimientos.

C-078**PRIMERA APROXIMACIÓN A LA ACTIVIDAD DE LAS ENFERMERAS HOSPITALARIAS DE ENLACE EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ**

M.C. Fernández, E. López, L. Cabrera, E. Muñoz, M. Barberá y M.I. Gómez
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

Palabras clave: Continuidad de cuidados.

Objetivos: El Sistema Sanitario Público de Andalucía establece, entre sus objetivos, una atención prioritaria a personas con graves dificultades para el autocuidado, muy dependientes, o con necesidades de asistencia para realizar actividades de la vida diaria o de control de su régimen terapéutico. Una de las estrategias iniciadas para favorecer este objetivo ha sido la creación de la figura de las enfermeras hospitalarias de enlace. El presente estudio pretende describir la actividad desarrollada por estas enfermeras en el H. U. Reina Sofía, identificando la población atendida y características del proceso de atención.

Métodos: *Tipo de diseño:* descriptivo. *Sujetos de estudio:* enfermos hospitalizados que precisan continuidad de cuidados. *Recogida de datos:* documentos utilizados por las EHE, fundamentalmente, los Informes de Continuidad de Cuidados y Resúmenes de Cuidados. *Ánálisis de datos:* estadística descriptiva univariante, básicamente frecuencias.

Resultados: Los primeros datos que hemos obtenido del análisis del trabajo desarrollado por las enfermeras hospitalarias de enlace en los primeros meses de actuación. El total de pacientes captados fue de 497. Por captación indirecta un 439 (333 por enfermeras de unidades, 41 por ECE, 26 por Trabajadoras sociales, 17 por supervisoras, 12 por médicos y 10 por otros. Los Procesos asistenciales más frecuentes fueron el ACVA y Pluripatológicos con un 30% cada uno y Diabetes infantil, niños, con procesos neurológicos y oncológicos con un 20%. En cuanto a los diagnósticos enfermeros más frecuentes se destacan el Deterioro de la movilidad física con 201 casos, Deterioro de la integridad cutánea, 58, Riesgo de síndrome de desuso, 46, y Riesgo de cancelación del rol de cuidador con 41. Hubo 249 pacientes derivados por Salud Responde.

Conclusiones: El tipo de enfermo atendido por las enfermeras de enlace deja ver el objetivo para el que fue creada la nueva figura, concentrándose en determinados procesos y compartiendo múltiples características respecto a sus necesidades de cuidado. Estos datos evidencian la coherencia de su actividad. En próximos estudios nos planteamos evaluar la influencia en términos de resultado.

C-080**QUID-INNOVA: UNA FORMACIÓN DE CALIDAD EN INVESTIGACIÓN SOBRE CUIDADOS**

M. Lacida, R. García, E. Huizing, R. Pérez, M. Amezcuá y M.M. Caballero
Servicios Centrales del S.A.S.

Palabras clave: Formación, Investigación, Cuidados.

Introducción: El SAS firmó el pasado 29 de noviembre de 2004, un convenio de colaboración con la Fundación Index para el desarrollo de un Programa de Promoción del Conocimiento y la Innovación en Cuidados para las Enfermeras Andaluzas (Quid-Innova), con este se persigue capacitar en metodología de investigación, abrir líneas de investigación aplicadas a los cuidados y aflorar grupos emergentes. El programa formativo destaca por su innovación pedagógica, las actividades son semipresenciales, se trabaja con un entorno virtual/web, contando con la tutorización a distancia de los profesores.

Objetivos: 1) Describir el programa formativo Quid-Innova. 2) Conocer la incidencia del Programa 3) Evaluar los resultados obtenidos en los primeros 10 meses del programa.

Metodología: Estudio evaluativo de las actividades de formación realizadas. Análisis cuantitativo y cualitativo sobre los resultados obtenidos.

Resultados: La oferta formativa contempla 6 cursos con 8 ediciones, una en cada provincia, lo que hace un total de 48 cursos de 35 horas. Y un curso sobre "Metodología de investigación aplicada los cuidados" de 260 horas con dos ediciones, una para Andalucía occidental y otra para Andalucía oriental. Es un sistema educativo innovador que otorga especial relevancia a su componente práctico. En todos los casos se comienza con seminarios presenciales, tipo taller, con introducciones de temas teóricos, sesiones conjuntas y trabajos de grupo. La evaluación se realiza siguiendo la metodología de la mejora de la calidad continua. Indicadores a medir entre enero y octubre del 2005: Número total de: actividades realizadas, solicitudes recibidas, profesionales que realizaron los cursos, actividades acreditadas por la Agencia de Calidad y trabajos finales presentados. A partir de las evaluaciones de los cursos veremos la satisfacción global de los alumnos con: las actividades realizadas, con los docentes, con la metodología. Resultados en producción científica: Número de comunicaciones y póster presentados, proyectos de investigación, ayudas solicitadas, etc. A fecha actual el número total de actividades realizadas ha sido de 19, se han presentado 580 preinscripciones y participando 255 profesionales.

Conclusiones: La adecuación de las necesidades formativas de los profesionales a los objetivos de la organización redundó en una adecuada satisfacción y en una mejora global. La evaluación continua de sistemas y métodos permite la puesta en marcha de iniciativas de mejora.

C-079

MESA 11

Calidad científico-técnica (II)

SISTEMA DE PUNTUACIÓN POSSUM. UNA MEDIDA DE LA CALIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

A. Campillo, B. Flores, V. Soria, M.F. Candel, P. del Pozo y J.L. Aguayo
Hospital J.M. Morales Meseguer.

Palabras clave: POSSUM. Morbilidad. Mortalidad.

Objetivo: El sistema de puntuación POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity) se utiliza en auditorías quirúrgicas, valorando las cifras de morbitmortalidad ajustadas al riesgo del paciente según su status fisiológico y gravedad de la intervención quirúrgica. El objetivo de la comunicación es aplicar las fórmulas predictivas de este sistema en nuestro servicio de cirugía.

Pacientes y métodos: Hemos iniciado, desde enero de 2005, de forma prospectiva, un estudio de 50 pacientes sometidos a cirugía mayor (urgente o programada), registrando 12 factores fisiológicos en el preoperatorio y 6 factores quirúrgicos. Se recoge la morbitmortalidad de la serie y se calcula la puntuación POSSUM.

Resultados: De los 50 pacientes, 45 fueron intervenidos de forma programada y 5 de urgencia. La puntuación fisiológica fue de 20,8 (r: 14-36) y la puntuación quirúrgica 10,6 (r: 6-24). Hubo morbilidad postoperatoria en 19 pacientes (38%) y un éxito (2%). La puntuación POSSUM fue mayor en los pacientes que presentaron complicaciones respecto a los que no, aunque la diferencia no fue significativa.

Conclusiones: El sistema POSSUM es un método fácilmente aplicable en nuestro medio para la realización de auditorías quirúrgicas. Conforme aumente la serie de pacientes podremos establecer la relación morbitmortalidad observada /esperada en función de la puntuación POSSUM.

DESARROLLO DE UN CIRCUITO SEGURO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS Y VIGILANCIA DE REACCIONES ADVERSAS

A. Rivero, A. Pineda, J.J. Montero, M.J. Cabeza de Vaca y P. Cantizano
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Seguridad transfusión hemoderivados.

Introducción: Los cambios en materia legislativa y normativa, así como la voluntad de establecer controles de calidad, nos inducen a una revisión del circuito de administración de hemoderivados en el H. U. Puerta del Mar. Partimos de una situación satisfactoria, pero creemos necesaria la instauración de mecanismos de seguridad y control más estrictos.

Objetivos: Establecer un circuito para la administración de hemoderivados basado en sistemas de seguridad. Minimizar el riesgo de error en la administración de hemoderivados. Establecer un sistema de control y alerta de reacciones adversas, ágil y eficaz.

Métodos: En el 1 trimestre del 2004 se procedió a la revisión del circuito de administración. Se analizaron puntos de riesgo y se establecieron medidas correctoras: consentimiento informado previo, pulseras de identidad y productos hemoderivados identificados con la misma numeración, registro de actividad en banco de sangre, normas de comprobación de identidad y hoja informativa de las normas de administración y actuación en caso de reacciones adversas. Se procede a la difusión del nuevo circuito tras la aprobación por el comité de transfusiones del hospital. Comenzando por determinadas unidades piloto, con un peso específico importante en la administración de hemoderivados: Cirugía cardíaca, Cirugía general y Cir. Vascular. Extendiéndose posteriormente a todas las unidades del hospital durante el año 2004.

Resultados: Se analiza el período de julio de 2003 a junio 204. En este período se habían registrado 4 reacciones adversas catalogadas como graves. En ese período no se encontraba instaurado un sistema de hemovigilancia. Tras la puesta en marcha del circuito y del sistema de hemovigilancia, y en el período de julio 2004 a diciembre 2004 no se ha registrado ninguna reacción grave, y si hemos podido detectar 14 reacciones leves.

Conclusiones: El circuito puesto en marcha garantiza satisfactoriamente la seguridad en la administración de hemoderivados. La pulsera identificativa y numerada para el paciente y la numeración de los productos aporta un nivel adecuado de seguridad. No se han registrado efectos adversos graves en la administración en el período estudiado tras la puesta en marcha del circuito y si nos ha permitido la detección de reacciones leves, que anteriormente no se registraban. Lo que nos indica que el circuito instaurado funciona correctamente. La hoja informativa aporta un valor añadido al circuito, especialmente cuando la administración la realiza personal que no trasfunde.

OBJETIVOS E INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN: INTEGRACIÓN INTERNIVEL

M. Zaforteza, D. Cimadevilla, M. Vega, M.V. Álvarez y L. Alegre Ibslaut.

Palabras clave: Prescripción, internivel, Indicador sintético.

Introducción: Las innovaciones organizativas introducidas en el Ibslaut proporcionan, a través de los contratos de gestión internivel, una nueva herramienta para la adecuación de la prescripción del hospital a estándares de calidad corporativos.

Objetivo: Mejorar la prescripción y utilización de medicamentos mediante el establecimiento de objetivos operativos, indicadores y estándares comunes a Atención Primaria y Especializada. **Objetivos operativos:** *Indicadores objetivo: Operativo 1:* Incrementar la prescripción de medicamentos genéricos. Con este objetivo se pretende minimizar costes y potenciar la utilización de aquellos principios activos con experiencia de uso frente a principios activos del mismo grupo.

Evaluación: Indicador total de genéricos: El indicador es el porcentaje de prescripciones de medicamentos genéricos sobre el total de prescripciones de medicamentos. Indicadores parciales de genéricos: El indicador tipo es el porcentaje de DDDs de medicamentos genéricos sobre el total de DDDs de medicamentos del mismo grupo terapéutico/farmacológico.

Objetivo operativo 2: Minimizar la prescripción de los nuevos medicamentos que no aportan ninguna mejora en eficacia y seguridad. **Evaluación:** El indicador es el porcentaje de prescripciones de medicamentos de baja o nula aportación terapéutica comercializados desde el año 2002 sobre el total de prescripciones de medicamentos.

Objetivo operativo 3: Fomentar la calidad de la prescripción en las patologías de mayor prevalencia. Los indicadores incluidos en este objetivo miden la calidad de la prescripción en sus dimensiones de eficacia, seguridad, experiencia de uso y eficiencia, sin considerar la adecuación al diagnóstico y a las características específicas de cada paciente.

Evaluación: El indicador tipo es el porcentaje de DDDs de medicamentos recomendados como primera elección en cada patología frente a medicamentos totales o frente a medicamentos que no son de primera elección. **Indicador sintético:** Ponderación de los objetivos operativos y de sus indicadores asociados para construir el indicador sintético: Incrementar la prescripción de medicamentos genéricos: 40% Minimizar la prescripción de los nuevos medicamentos: 10% Fomentar la calidad de la prescripción en las patologías de mayor prevalencia: 50%.

**DISEÑO DE VÍAS CLÍNICAS OBSTÉTRICAS:
PARTO Y CESÁREA**

M. Gómez, A. Alejos, P. Serna, S. Ascarza, C. Cristóbal y C. Garijo
Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

Palabras clave: Vía-clínica, parto, cesárea.

Objetivos: Diseño e implantación de las vías clínicas de la unidad de Obstetricia: parto y cesárea, en la Fundación Hospital Calahorra de La Rioja. Mejora de la calidad en la atención al parto. Mejora en gestión de la unidad, con repercusión a nivel general, ya que la atención al parto supone el 14,9% de la actividad en nuestro centro, utilizando como criterio el número de altas.

Material y método: Revisión bibliográfica con evidencia científica. Grupo de trabajo interdisciplinar, formado por obstetra, matrona, enfermera y pediatra.

Resultado: Mediante consenso de los miembros del equipo de trabajo: Se han diseñado los documentos necesarios para las dos vías: Matriz temporal, en la que se distribuyen las actuaciones a llevar a cabo con la madre y el hijo, según el momento de la estancia (antes del parto/cesárea, durante el parto/cesárea, y en el posparto hasta el alta), y según profesional responsable (matrona, obstetra, anestesista, enfermera, auxiliar de enfermería y pediatra). Hojas de información para la mujer durante su estancia en el hospital, diseñada con imágenes que faciliten su lectura y comprensión y las recomendaciones al alta, en los idiomas más habituales en nuestra población. *Se ha definido:* El Plan de Actuación de Enfermería (PAE) para la estancia en la unidad de partos y en el área de hospitalización, en el que a partir de los objetivos marcados, se establecen los diagnósticos de enfermería, siguiendo el patrón de necesidades de Virginia Henderson, y las acciones para conseguir los objetivos propuestos. Listado de variaciones de cada vía clínica, en la que se ha considerado como más influyentes las complicaciones en el puerperio inmediato y el bajo peso al nacimiento. Se han decidido los indicadores para la evaluación de ambas vías: 1. *De cobertura:* todas las mujeres que ingresan para el parto deben ser incluidas en las vías según su tipo de parto. 2. *De efectividad:* deben permanecer ingresadas las días establecidos. 3. *Estudio de variaciones:* En la vía clínica de la cesárea: 4. Cumplimiento de indicaciones establecidas. 5. Tiempo de respuesta en indicaciones urgentes. No se incluyen indicadores de satisfacción porque son considerados en la política general del hospital.

Conclusiones: El consenso de todas las partes implicadas ha resultado fundamental para la implantación de vías clínicas. La implantación de estas vías clínicas ha sido bien aceptada por los diferentes profesionales, quienes las consideran como una herramienta que facilita su labor diaria.

C-084**EL ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD: COMPARACIÓN DE RESULTADOS DEL PLAN DE CALIDAD ENTRE LAS GERENCIAS DEL SESCAM**

J.M. Tejero, I. Salamanca, J. Fernández, C. Rodríguez, M. Rubio y R. Díaz-Regaño
Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Servicios Centrales.

Palabras clave: Índice sintético de calidad, incentivación, Plan. Para comparar la calidad asistencial en términos de procesos y resultados entre diferentes centros se han utilizado variables o indicadores compuestos, cuyo uso procede de la gestión empresarial. El Índice Sintético de Calidad (ISC) pretende resumir en un solo dato el rendimiento de calidad de los hospitales y gerencias de atención primaria del SESCAM.

Objetivo: Obtener una clasificación de centros según el rendimiento global de su Plan de Calidad.

Método: Se tienen en cuenta los resultados obtenidos por cada hospital o gerencia de atención primaria en los diferentes indicadores de evaluación del Plan de Calidad: indicadores dicotómicos, ordinales y cuantitativos de procesos y resultados, obtenidos mediante estudios específicos. En el año 2004, los tres centros con mejor rendimiento fueron: H. Nacional de Parapléjicos (Toledo): 82,88%. Hospital General de Guadalajara: 75,60%. Complejo Hospitalario de Albacete: 75,52%. ISC medio: 72,06%. El resultado de cada centro se tuvo en cuenta en el cálculo de los incentivos de los equipos directivos.

Conclusiones: El ISC es una herramienta útil para conocer el rendimiento global y el margen de mejora de los centros y áreas sanitarias. Existe aún mucha variabilidad en los resultados entre ellos. Se propone una mejora en el cálculo del ISC para aumentar su validez, mediante la ponderación de los indicadores utilizando técnicas de regresión logística, considerando los indicadores de proceso como variables independientes y los de resultado como variables dependientes.

C-086**AUDITORIAS DEL PLAN DE CALIDAD DEL SESCAM**

C. Rodríguez, J. Fernández, J.M. Tejero, M. Rubio, M. Marín y R. Gutiérrez

Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Servicios Centrales.

Palabras clave: Auditoria de calidad, Plan de calidad.

La auditoría de calidad es una actividad documentada e independiente que se emplea como herramienta para la verificación de los resultados del Plan de Calidad del SESCAM. Con ella se busca mejorar la fiabilidad en el proceso de mejora y evaluación de dicho Plan. Se plasma en un informe en el que se señalan las áreas de mejora y las medidas a adoptar. Se presentan los resultados de la Validación de los resultados del Plan de calidad basados en la concordancia entre los valores otorgados por los evaluadores y los declarados por los centros.

Objetivo: Validar los resultados del Plan de Calidad institucional en algunos Hospitales y Áreas de Atención Primaria del SESCAM sometidos a auditoría.

Método: Un equipo evaluador verificó los resultados de los objetivos del Plan de calidad. Las etapas fueron: 1) definición del objetivo de la auditoría y del equipo auditor y selección de indicadores a auditar. 2) Trabajo de campo, en el que se contrastaron los resultados que previamente había declarado el hospital. 3) Elaboración del informe final. La conformidad se establece mediante entrevistas a coordinadores de calidad, responsables de objetivos y directivos y revisión de la documentación por parte del equipo evaluador.

Resultados: En las gerencias de Atención Primaria, se validaron 13 indicadores de los 14 que se habían seleccionado. En los hospitales existió concordancia entre los valores otorgados por los revisores y evaluadores, salvo el objetivo de consentimiento informado. Casi todos los objetivos de mejora del Plan fueron validados.

Conclusiones: 1. Las auditorias realizadas han permitido validar la mayor parte de los resultados declarados del Plan de Calidad. 2. La auditoría de los resultados del Plan de calidad permite detectar algunas Áreas de mejora. 3. Se detectaron Áreas de mejora no relacionadas directamente con los objetivos revisados.

C-085**USO Y UTILIDAD DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA EN ECOCARDIOGRAFÍA**

B. Ordóñez, I. Lacambra, L.M. Álvarez, A.I. Legazcúe, D. Bierge y M. González
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Palabras clave: Guías, incidental, ecocardiografía.

Objetivo: Valorar el seguimiento y la utilidad de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en ecocardiografía en las solicitudes de estudio en un laboratorio de ecocardiografía-doppler de un hospital terciario.

Material y métodos: Se analizaron, de forma prospectiva, las solicitudes de ecocardiograma-doppler realizadas en nuestro laboratorio durante el mes de abril de 2005: 482 estudios. Se valoró el motivo de solicitud, tipo de indicación, procedencia, diagnóstico clínico y ecocardiográfico, información adicional proporcionada por el estudio y la aparición de hallazgos incidentales (no sospechados por los antecedentes, historia o exploración).

Resultados:

Indicación	Tipo I	Tipo II a	Tipo II b	Tipo III
No contemplado	224	64	25	80
89% 46,5%	13,3%	5,2%	16,6%	18,4%

El tipo de indicación no depende del servicio responsable de la petición, ni se ve influenciado por la edad del paciente. Se encontraron hallazgos incidentales en el 29,25% de los casos pero sólo tuvieron relevancia clínica en el 15,15%.

Conclusiones: La utilidad de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en ecocardiografía está limitada por dos hechos: 1) Casi un 20% de los motivos de solicitud no se encuentran recogidos en las guías. 2) Se detectaron hallazgos incidentales en más del 29% de los casos, aunque sólo tuvieron relevancia clínica en el 15%.

CALIDAD DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CONTRASTE CON LA CIRUGÍA ABIERTA. COMPARACIÓN DE BENEFICIO Y COSTES

A. Gómez-Palacios, B. Barrios, J. Gómez-Zabala, M.A. Taibo, A. Expósito e I. Iturburu
Hospital de Basurto. Bilbao.

C-088

Objetivo: Comparar el Valor, en términos de factibilidad, beneficio y coste, de la CL frente a la laparotómica, en 6 procedimientos quirúrgicos.

Método: *Pacientes:* se incluyeron en el estudio 470 pacientes de cirugía programada y se excluyeron los intervenidos en Urgencias. Se analizan 6 procedimientos laparoscópicos en 235 pacientes: 100 colecistectomías, 50 RGE, 40 hernioplastias, 10 suprarrenalectomías, 15 esplenectomías y 20 sigmoidectomías y se comparan con otros 235 laparotómicos. *Variables de análisis:* 1. Coste hospitalario total (estimado) por proceso (Σ de coste de quirófano y de hospitalización) que se obtuvo por validación de facturas y por contabilidad analítica. 2. Coste por discapacidad (ILT); y 3. Comparación de costes (se efectuó por resta, en cada uno de los capítulos).

Resultados: 1. El grado de dificultad de la CL es \leq que la laparotómica y los tiempos de quirófano son menores en la colecistectomía y funduplicatura, iguales en la esplenectomía y suprarrenalectomía y mayores en la sigmoidectomía y hernioplastia. 2. El beneficio (calidad) fue mayor. 3. Los costes de quirófano fueron de un 34 a un 107% mayores para la CL. Sin embargo, salvo en las hernioplastias, se obtuvo ahorro en el coste de hospitalización (de un 52 a un 185%) que compensó el del quirófano. Los costes por ILT son menores en la CL. Considerando los costes totales, el coste fue menor para toda la CL.

Discusión: El Valor de los procedimientos quirúrgicos es directamente proporcional a su factibilidad y calidad e inversamente proporcional a sus costes. Todos los procedimientos laparoscópicos analizados fueron factibles y su calidad, controlada por la evaluación de resultados, fue más favorable para la CL. Con relación al coste, inicialmente la CL fue más cara debido a los gastos de quirófano. Sin embargo, se compensó con la disminución del coste de hospitalización, debido a la reducción del número de estancias. La partida de costes de Servicios Auxiliares, UCI y fármacos fue menor en los pacientes operados por CL. Los procedimientos de CL acortan el período de discapacidad (ILT), lo que permite a los pacientes la rápida incorporación a sus quehaceres habituales y al trabajo.

Conclusiones: 1. La CL estudiada mejora el Valor, aumenta los beneficios y, salvo las hernioplastias, tiene menos coste hospitalario. 2. En términos macroeconómicos (coste hospitalario, postoperatorio y coste por ILT) el ahorro es mayor para toda la CL. 3. Por su Valor los procedimientos de CL estudiados tienen ventajas en relación a los laparotómicos.

MESA 12

Satisfacción de pacientes (II)

SATISFACCIÓN DE USUARIOS, OPINIÓN, CALIDAD, EN PROCESO HIPERTROFIA BENIGNA PRÓSTATA- CÁNCER DE PRÓSTATA

C. Salas, J.M. Travieso, J. Cueto, J. Soto, J. Gutiérrez y M. Romero
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-089

Palabras clave: Satisfacción, encuestas de opinión, calidad en pat.

Objetivos: Podemos definir la satisfacción del paciente como la adecuación de sus expectativas con la percepción final del servicio sanitario, de tal manera que usando métodos de medición de la percepción del usuario conoceremos su grado de satisfacción. En este estudio nuestro objetivo ha sido establecer una medida de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios en patología prostática, tras dos años de implantación del Proceso HbP-CaP.

Método: Los métodos de medición utilizan encuestas de opinión como medio para explicitar el grado de satisfacción de los usuarios, siendo este el método usado en este trabajo. El estudio ha sido prospectivo, transversal, con realización de 60 encuestas de opinión autocumplimentativas anónimas durante un período de 70 días (Febrero-Abril 05) en usuarios de la consulta de alta resolución del Proceso. Para la encuesta se establecieron unas escalas concretas; datos demográficos, datos del servicio prestado, instalaciones del hospital, intimidad; personal sanitario médico y enfermería, consulta, y satisfacción global (satisfacción con consulta, recomendación a amigos, valoración global), con el rango de valoración: excelente, bueno, regular, malo. Se hace un análisis descriptivo estratificado de los datos con pruebas de validación del cuestionario y análisis bivariante usando el paquete SPSS 11.0.

Resultados: El 76% de usuarios pertenece a la 5 y 6^a década de la vida. El nivel de estudios es básico en 72%, con 20% diplomados; no hay ningún licenciado. No ha existido ninguna escala con la valoración: malo. La satisfacción con la consulta hospitalaria, recomendación de la consulta a amigos, Valoración global y dotación de medios técnicos han sido valoradas como excelentes en 75% y buenas en 25%. El resto de categorías han sido catalogadas como buenas o excelentes entre el 93 y el 100%, destacando una alta valoración de la atención y amabilidad de enfermería, siendo ligeramente superior a la de médicos. La localización e identificación de la consulta, y la facilidad para distinguir entre profesionales han sido catalogadas de regulares en un 7%.

Conclusiones: Los usuarios de la consulta de alta resolución del Proceso de Próstata del Hospital Puerta del Mar tienen un alto grado de satisfacción que en el 75% de los casos se etiqueta como excelente y en el 25% de bueno. Existen aspectos susceptibles de mejora destacando de la consulta la identificación y señalización de esta y de la atención del personal sanitario la accesibilidad para responder a preguntas.

SATISFACCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS: ¿HAY CONCORDANCIA ENTRE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y SUS FAMILIAS?

M. Estébanez, R. Sánchez, C. Ballesteros, F. Murua, A. Yoller y J. Muñoz
Hospital Psiquiátrico y salud mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: Satisfacción, Pacientes, Psiquiátrico.

Introducción: Conocer la satisfacción de los pacientes de un Hospital Psiquiátrico puede resultar más complicado que en otros hospitales. Más del 50% de los pacientes están ingresados en contra de su voluntad, y en muchos de ellos están presentes rasgos de su situación psicopatológica con actitudes agresivas, ideas paranoides, disminución cognoscitiva ó falta de comprensión de la enfermedad.

Objetivos: Comprobar qué grado de correlación existe entre las encuestas dirigidas a familias de pacientes hospitalizados y las dirigidas a los propios pacientes.

Metodología: La Comisión de Calidad en el 2001 elaboró 2 modelos de cuestionarios de satisfacción, uno para las familias de pacientes en hospitalización de larga estancia con grave pérdida de sus facultades psíquicas, y otra para aquellos pacientes hospitalizados en media estancia y rehabilitación hospitalaria con alta por mejoría clínica. Teniendo ya un número importante de contestaciones se decidió conocer la fiabilidad de las respuestas comparando ítem a ítem las respuestas de las familias y las de los pacientes, observando el nivel de concordancia entre los ítems peor y mejor valorados por ambos.

Resultados: Se han encuestado a 363 familias en el período 2001-2003, y a 211 pacientes del período 2001-2004. Al valorar y comparar los resultados de la encuesta que se hizo a las familias y los resultados obtenidos de las encuestas realizadas al alta de los pacientes no se aprecian diferencias significativas entre ambas. La opinión obtenida sobre: el trato, la información recibida, confidencialidad y temas hostleros son coincidentes en ambas encuestas.

Conclusiones: Después de dos encuestas realizadas a familias, y de más tres años de implantación de las encuestas de pacientes podemos decir que es posible obtener información de nuestros pacientes, siempre y cuando su situación psicopatológica haya mejorado, bien de forma directa ó indirecta, y sean cuestionarios sencillos, desterrando la creencia de que estos pacientes psiquiátricos no están capacitados para responder. Aunque el nivel de satisfacción es algo menor en los pacientes que en las familias, sí existe concordancia entre los ítems mejor y peor valorados en un nivel inferior al 10%. Por este método hemos podido detectar y priorizar 5 áreas de mejora sobre las que se han puesto en marcha 13 acciones de mejora correctoras. Aunque existen otras formas de obtener información que nos ayude a mejorar, pensamos que es fundamental preguntar a los pacientes y sus familias.

C-090

VOLUNTADES ANTICIPADAS. "¿QUIÉN PUEDE OTORGAR LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS?"

M.P. Rodríguez-Martínez, M.B. Andréu-Martínez, J.A. Fernández-Campos, A. Cánovas-Ingles, J. Cárcar-Benito y M.C. Plana-Arnaldos

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

Palabras clave: Voluntades anticipadas, mayoría de edad, menor emancipado.

Objetivos: Estudiar a qué edad se pueden otorgar documentos válidos de voluntades anticipadas, a la vista de la regulación estatal (art. 11 de la ley básica 41/2002) y de las diversas regulaciones autonómicas.

Métodos: *Emplazamiento:* Departamento de Derecho Civil de la Universidad de Murcia y Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Se examinaron y compararon las diversas leyes autonómicas que regulan "las voluntades anticipadas", así como las diferencias más relevantes entre éstas y la estatal.

Resultados: Hallamos divergencias entre la regulación estatal y las regulaciones autonómicas en una materia donde la legislación estatal es básica. El contenido del documento de voluntades anticipadas es plural: por un lado la planificación anticipada de cuidados y tratamientos, por otro lado, el nombramiento de un representante legal y por último disposiciones sobre el destino del cuerpo y de los órganos.

Conclusiones: La regulación general señala que solo los que tienen plena capacidad de obrar (mayores de edad) pueden nombrar representante; y solo los mayores de edad pueden donar órganos. Solo respecto de la planificación anticipada de cuidados y tratamientos podríamos plantearnos que pudieran otorgarlos los mayores de 16 años (emancipados o no) si lo consideráramos un consentimiento informado anticipado. La ley estatal dice claramente que el documento de voluntades anticipadas lo otorgará "una persona mayor de edad". Por tanto, algunas leyes autonómicas están contraviniendo la regulación básica estatal. Lo dispuesto por las leyes autonómicas sobre edad para otorgar "voluntades anticipadas" que resulten contrarias a lo dispuesto en la ley básica estatal no debe ser aplicado por incurir en vicio de incompetencia, sin perjuicio de un pronunciamiento expreso del Tribunal Constitucional.

C-092

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD SEGÚN ENCUESTA REALIZADA 2 AÑOS CONSECUTIVOS

J. Alonso, J. Sánchez, V. Beltrán, J. Bachiller, A. Juárez y J. Pardo
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla).

Palabras clave: Satisfacción Usuarios. Consulta de Acto Único.

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos en una encuesta acerca del grado de satisfacción de los usuarios de la ZBS del Aljarafe (Sevilla), con una atención sanitaria urológica basada en un "Modelo de Gestión Clínica Integrado AP-Urólogo de Zona" realizadas en dos años consecutivos, para comprobar en qué medida los usuarios siguen sintiéndose satisfechos y confían en un modelo de gestión clínica tras un período de funcionamiento de 18 meses.

Métodos: Estudio descriptivo cuyo universo son los usuarios de una ZBS conformada por unos 260.000 habitantes referenciados en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. El Modelo referido se basa en: 1) La autonomía profesional en la gestión clínica, en la gestión de la agenda de Urología y de las incidencias. 2) La Consulta de Acto Único de Urología (CAUU) de alta resolución, alta tecnología (ecógrafo, cistoscopio flexible, electrobisturí, flujómetro, etc) e informatizada (informe de alta al 100% de los pacientes con copia al médico de AP). 3) La Plataforma Profesional AP-Urólogo de zona, sustento del modelo descrito, basada en la comunicación y coordinación entre profesionales. **Muestra:** los usuarios atendidos en la CAUU en abril y mayo de 2004 y los atendidos en mayo y junio de 2005. **Encuesta usuarios:** 9 ítems, 6 con una escala de respuesta de varios pasos, 2 sí /no y uno para texto libre. Dicha encuesta se entrega en mano al finalizar la consulta y los usuarios la llenan y depositan en un buzón destinado a tal fin en la sala de espera de la CAUU. **Dimensiones exploradas:** accesibilidad, trato, entorno, confianza y coordinación AP-Urólogo. Se basa en las expectativas de usuarios reflejadas en la Guía de Procesos Asistenciales de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Resultados: En la encuesta realizada en 2004 destacaban el grado de satisfacción general con la atención sanitaria recibida referido como alto/muy alto por el 100%, el nivel de coordinación o entendimiento entre el médico de cabecera y el urólogo, referido como alto/muy alto por más del 90% y el grado de satisfacción general con el modelo, referido como alto/muy alto por el 96,1%. Las encuestas de 2005 se encuentran en fase de recogida de datos. Se realizará una comparativa entre los resultados obtenidos en ambos períodos y serán expuestas en el Congreso de Calidad Asistencial.

C-091

LUCHA CONTRA EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL: LAS PALABRAS COMMUEVEN, EL EJEMPLO ARRASTRA

R. Sánchez, M. Estébanez, F. Murua, J. Muñoz, M. Montejo y P. Ruiz de Azúa
Hospital Psiquiátrico y salud mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: Estigma, Visitas, Ciudadanos.

Introducción: Desde siempre ha existido socialmente un estigma asociado a las enfermedades mentales severas, que ha representado un obstáculo para un tratamiento precoz y eficaz.

Objetivos: 1. Luchar contra el estigma, 2. Conocer el trastorno mental, 3. Conocer los recursos psiquiátricos para tratar a los pacientes con enfermedad mental.

Metodología: Siguiendo las recomendaciones de la World Psychiatry (Asociación Mundial de Psiquiatría WPA) un grupo multidisciplinar puso en marcha las Visitas Guiadas dirigidas a Instituciones Educativas, Profesionales de Atención Primaria y Especializada, Asociaciones Ciudadanas, de Familiares, y otros Profesionales: Bienestar Social, Cuidadores, Instituciones Policiales, Judiciales, etc.; que son guiadas por Psiquiatras, DUE y Auxiliares, para grupos (10-25 personas), los jueves con una duración de 2 horas. Se ha recibido la autorización expresa de los pacientes, se siguen las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial del Centro, se evita emitir juicios de valor, se respeta la intimidad que debe ser conservada a criterio de la persona afecta, y se garantiza la confidencialidad. Constan de una breve charla informativa de 20 minutos, en la que se les explica la misión, visión y valores de nuestra organización, los diagnósticos, tratamientos y terapias habituales, actividades lúdicas y de tiempo libre, soporte social, de acompañamiento y voluntariado con que se cuenta; y de un recorrido guiado por las instalaciones del Hospital, viendo habitaciones, las salas de enfermería, los comedores, las salas de reuniones, talleres de terapia ocupacional, etc., finalizando con la realización de una encuesta.

Resultados: ¿Qué les han parecido las Visitas Guiadas? Muy Bien + Bien (En %) La organización 80,88 La duración 91,23 La atención y el trato dispensado por los profesionales 91,24 Las instalaciones del Hospital 91,23 Valoración global 99,60 ¿Su valoración acerca de los Hospitales Psiquiátricos ha cambiado a? Mucho Mejor 33,06 Mejor 56,18 Igual 10,76 Peor O Mucho Mejor + Mejor 89,24 ¿La Recomendaría a otras personas? SI 99,60 NO 0,40 N° de Visitantes: 251 entre Noviembre 2003 - Abril de 2005.

Conclusiones: Las Visitas Guiadas han cumplido de una forma satisfactoria los objetivos para el que fueron diseñadas, y se han incorporado de forma sistemática como parte de las actividades habituales del centro en la lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.

C-093

ENCUESTA CORPORATIVA EMCA PARA VALORAR LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO MURCIANO

A. Mas, T. Ramón, P. Parra, J.E. Calle, R. Gomis y J. Cayuela
Consejería de Sanidad. Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria.

Palabras clave: Calidad percibida, satisfacción, usuarios.

El objetivo es medir la calidad percibida por los usuarios de los centros de salud, mediante una encuesta tipo informe y valorar su satisfacción con la atención recibida, identificando oportunidades de mejora para posteriormente incorporarlas como objetivos de calidad en los contratos de gestión del SMS.

Metodología: Estudio retrospectivo, transversal, en adultos que utilizaron los servicios de los 74 Centros de Salud de la Región de Murcia, del 23 a 27 del mes de marzo de 2004. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático. **Instrumento:** Cuestionario EMCA de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción en Atención Primaria. **Áreas exploradas:** Accesibilidad, Tiempos de espera, Consulta, Atención Urgente, Atención Domiciliaria, Asuntos Generales, Valoración Global, Datos sociodemográficos. Se enviaron 7.400 cuestionarios (100 por Centro de Salud) por correo postal franqueado en destino, y carta recordatorio a los 10 días. Se realizó un análisis a nivel Regional y desagregado por Gerencias y Centro de Salud. Se procesaron con SPSS, realizándose un proceso de validación mediante un análisis de frecuencias de todas las preguntas, analizando diversos aspectos.

Resultados: Tasa de respuesta global: 41,8 (40,8-43,5). Puntuación media de la satisfacción (0-10): 7,1. La calidad de la atención buena/muy buena: 76,3%. Trato bueno/muy bueno: 89,2% médicos, 83,4% enfermería y 62,1% administrativos. Profesionalidad buena/muy buena: 86,9% médicos, 83,4% enfermería y 59,3 administrativos. Confían en que su médico sabe siempre o casi siempre lo que tiene que hacerle un 81,2%. Opinan que su médico de cabecera les remite al especialista siempre que es necesario el 81,5% de los encuestados. Consiguen cita sin dificultad: 36,0% de los usuarios. Un 38,6% y un 69,5% contestan que les atienden siempre o casi siempre a la hora en que están citados por su médico y enfermera respectivamente.

Conclusiones: Tasa de respuesta buena Valoración de la calidad/satisfacción elevada. Las oportunidades de mejora se concentran en disminuir los tiempos de espera, mejorar la profesionalidad y trato del personal administrativo y la accesibilidad respecto a obtención de cita. Los resultados permiten establecer indicadores a nivel regional y de centro, proporcionando una línea base para que cada centro pueda identificar líneas de mejora y orientar las medidas de intervención, permitiendo asimismo monitorizar la tendencia a lo largo del tiempo.

*Financiación Proyecto de investigación EMCA 02/07.

C-094

LA INFORMACIÓN AL CIUDADANO COMO PROCESO: PUESTA EN VALOR DEL CONOCIMIENTO

S. Sánchez, I. Paneque, F. Torrubia, M. Anaya y J. Barroeta
HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

C-096

Palabras clave: Proceso de Información al Ciudadano.

Objetivos: Ofrecer un esquema secuenciado de la información que se proporciona al ciudadano dentro de un proceso asistencial y delimitar los puntos, momentos y graduación de la información en que tiene lugar la toma compartida de decisiones.

Metodología: Se ha utilizado la metodología de diseño de procesos para delimitar los puntos, momentos y graduación de la información que se precisa durante el proceso de puesta en valor del conocimiento. Se ha elaborado una secuenciación multietapa genérica que sirve de referencia para adaptar las situaciones clínicas específicas.

Resultados: Disponer de este esquema ha conducido a configurar Carteras de Servicios y Carteras de Resultados orientados a las necesidades y demandas de los ciudadanos, frente a una orientación anterior centrada en la organización. Se han detectado los requerimientos instrumentales, de información y de conocimiento que se precisan en cada punto y momento donde tiene lugar la toma compartida de decisiones. Se han generado directrices que guían la redacción de los Consentimientos Informados sobre esta nueva orientación.

Conclusión: La estructuración secuenciada del proceso de información al ciudadano ha dirigido la creación y/o utilización de las herramientas para la toma de decisiones compartidas y ha facilitado la elaboración de consentimientos informados más adaptados a la diversidad de decisiones clínicas.

¿QUE OPINA EL CUIDADOR PRINCIPAL SOBRE DIVERSOS ÁSPECTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO?

J.M. Cucullo, A. De Val, P. Ochoa y C. Canovas
Hospital Geriátrico San Jorge.

C-095

Palabras clave: Cuidador. Geriatría. Hospitalización.

Objetivos: 1. Describir la opinión del cuidador principal. 2. Mejorar los cuidados del paciente a través de las actividades de apoyo en su atención.

Métodos: Estudio transversal en cuidadores principales de los pacientes ingresados el día 19 de mayo de 2005 en las camas de agudos de un Hospital Geriátrico. Descripción de sus opiniones a través de una encuesta elaborada por el Grupo de Calidad del Servicio de Geriatría, que engloba temas relacionados con el abandono de la habitación durante la atención, ubicación de la recepción de la información médica, participación en el cuidado del paciente e identificación de profesionales. Cada pregunta se puntuó con: 0 (no se está de acuerdo), 1 (poco de acuerdo), 2 (de acuerdo) y 3 (totalmente de acuerdo). Se completa con un espacio libre para sugerencias.

Resultados: 60 pacientes ingresados, 37 encuesta rellenadas, una no válida. La mayoría realizada por hijo/a (28), con una media de 10,6 días de estancia. Las medias de las diferentes variables, así como las sumas de los porcentajes con contestaciones de acuerdo y totalmente de acuerdo (2+3) fueron: Se está de acuerdo en abandonar la habitación en la visita médica (1,94), 2+3 (63,9%); En la visita de enfermería (1,81), 2+3 (66,6%); En la atención de AE (2,17), 2+3 (86,1%); Al proceder a la limpieza de la misma (2,72), 2+3 (100%); Se está de acuerdo en ser informado por el médico al salir de la habitación (2,14), 2+3 (80%), o se prefiere en un despacho con horario prefijado (2,38), 2+3 (91,2%). Se está de acuerdo en colaborar en la atención del paciente durante las comidas (2,57), 2+3 (97,2%); En los desplazamientos (2,53), 2+3 (91,7%) Acompañamiento por las noches 2,39, 2+3 (77,8%); Seguimiento de instrucciones del personal sanitario (2,71), 2+3 (94,5%); Recibir formación para los cuidados (2,71), 2+3 (88,9%); Identificación del personal (1,85), 2+3 (63,9). De las 14 sugerencias, había un predominio de agradecimiento por la atención recibida.

Conclusiones: 1) El cuidador principal en general está de acuerdo con las normas del hospital. 2) Interesado también en colaborar en los cuidados del paciente. 3) Detección de problemas, sirven para diseñar líneas de mejora (identificación, etc.). 4) Sería necesario en un futuro abordar encuestas más amplias.

MESA 13

Eficiencia (II)

DISEÑO DE UN PLAN DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL DE MONTILLA

R. Sáez, J. Hervas, M. Caraballo, E. Fernández, M. Espejo y C. Alba
Hospital de Montilla.

Palabras clave: Seguridad, eventos adversos.

Objetivo: Describir el proceso de diseño e implantación de un Plan de Seguridad en el Hospital de Montilla.

Metodología: Técnica de grupo nominal, implicando a personas claves de sectores más representativos de la organización y desarrollada en dos tiempos, generación espontánea de ideas a partir de la conceptualización del tema en matriz DAFO, y ponderación posterior de las aportaciones discutidas (Escala Likert de 1-5).

Resultados: Las situaciones que ponen en riesgo la seguridad del paciente identificados por el grupo son: 1. identificación de pacientes. 2. administración de medicación. 3. intervenciones quirúrgicas: localización de la zona a intervenir. 4. traslados de pacientes. 5. cambios de turno. 6. cumplimentación de registros y documentos de la historia clínica. 7. realización de pruebas diagnósticas y de tratamiento: administración de contrastes, transfusiones sanguíneas... **Debilidades:** No sistema de medición unidosis en el hospital. Escasa sensibilización de los profesionales con la necesidad de una correcta cumplimentación de registros así como con la identificación de los pacientes con pulseras. Inexistencia de un registro de eventos adversos relacionados con la seguridad. **Fortalezas:** Buen diseño de determinados circuitos que evitan confusiones de pacientes. Existencia de dispositivos que evitan riesgos durante la hospitalización: bandillillas en las camas, baños asistidos, suelos antideslizantes, empleo de grúas para la movilización... Existencia de un portal clínico que favorece la continuidad en la transmisión de la información entre los diferentes profesionales.

Conclusiones: Desarrollar un plan integral de Seguridad garantiza la calidad en la asistencia sanitaria, calidad desde la perspectiva del paciente y desde la de los profesionales. Para ello este plan debe contar con tres elementos fundamentales. Un programa de sensibilización y formación de los profesionales. La puesta en marcha de herramientas (bases de datos) que les permitan registrar y comunicar todos aquellos eventos adversos reales o potenciales de riesgo para la seguridad de los pacientes. Grupo centinela de profesionales que evalúe y analice los resultados de la puesta en marcha del plan y se responsabilice de activar los mecanismos necesarios para la mejora continua.

UNIDAD DE CORTA ESTANCIA COMO ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

B. Comas, D. Puig, A. Serrano, J. Tarradas, M. Tirado y J. Yerobi
Hospital Son Llátzer.

Palabras clave: Unidades funcionales, urgencias, eficiencia.

Introducción: En los últimos años un gran número de Centros Hospitalarios, en base a solucionar el colapso que sufren los Servicios de Urgencias (SU), han puesto en marcha una serie de Unidades Funcionales entre las cuales se encuentran la Unidad de Corta Estancia (U.C.E). La implantación de Unidades funcionales en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH) permite una mejor definición diagnóstica y mayor estabilización clínica del paciente, garantizando la calidad de su asistencia.

Objetivos: Este estudio pretende evaluar la implantación de la U.C.E. y sus repercusiones en los procesos asistenciales.

Material y métodos: El estudio se ha realizado en el SU del Hospital Son Llátzer (HSLL) durante el año 2004. La U.C.E adjunta al área física de Urgencias es de carácter multidisciplinar y está dotada de un total de 8 camas. Se ha elaborado un protocolo de la U.C.E donde se refleja la filosofía de dicha Unidad así como los diferentes criterios de ingreso en la misma. Con la ayuda del Servicio de Admisión e Informática, se han analizado de forma retrospectiva diferentes aspectos del funcionamiento de dicha Unidad.

Resultados: Han sido atendidos 101.518 pacientes, de los cuales han quedado ingresados en UCE 1137 (1,5%). La media de ingresos/día ha sido de 4,2. El 79% de los pacientes han sido dados de alta a su domicilio, 15% trasladados a diferentes Unidades de Hospitalización Convencional del mismo Hospital (70% a Medicina Interna, 16% Urología, 8% Cirugía), 2,8% trasladados a otros Centros Hospitalarios, 1,7% altas voluntarias y 0,6% de exáus. El 95% de los pacientes ingresados en la UCE han presentado una estancia inferior o igual a 72 horas. La edad media de los pacientes ha sido de 45 años con un predominio en el sexo femenino (relación 2/1). Las patologías más frecuentemente ingresadas han sido gastroenteritis aguda (16%), cólico nefrítico (14%), pielonefritis aguda (15%), crisis asmática moderada (12%) y angina de pecho de bajo riesgo – dolor torácico (10%). La tasa global de ingresos a Unidades de Hospitalización fue de 14,8%.

Conclusiones: La U.C.E del HSLL es útil para descongestionar el SU, disminuir la tasa global de ingresos y optimizar la utilización de recursos. El tiempo límite de estancia evita el riesgo de convertir la unidad en una sala de hospitalización convencional. Debe asegurarse la colaboración de los demás facultativos especialistas, mediante protocolos de actuación conjunta.

SEGUIMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIÁCA POR LA CONSULTORÍA DE MEDICINA INTERNA CON MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.A. Bernal, S.P. Romero, D. García, B. Sainz, J. González-Outón y F. Gómez
Hospital Universitario de Puerto Real.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca, eficiencia.

Objetivo: Evaluar la eficiencia de la Consultoría de Medicina Interna (CMI) con Atención Primaria (AP) en el manejo de la Insuficiencia Cardíaca (IC) y, analizar sus características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas.

Método: Estudio prospectivo de casos-control en una población de 87016 habitantes a lo largo de un período de 2 años (Nov-01-Nov-03). Pacientes que habían sido derivados para Consulta Especializada (CE), son valorados conjuntamente por el Médico de Atención primaria (MAP) y el Internista Consultor (IC) semanalmente en el Centro de Atención Primaria (CAP). Han sido valorados 498 pacientes con IC. 1097 pacientes con IC escogidos de forma randomizada y simultánea de entre los primeros 5163 derivados a Cardiología (CAR) desde el CAP, no fueron valorados por el IC sirviendo de control.

Resultados: Hemos observado una reducción significativa en: Tiempo medio de CE (17,4 días) con un IC 95% (12,2 a 26,2 días). Tiempo medio de información al paciente en las pruebas complementarias realizadas desde la CE (11,4 días) (6,2-16,6 días). Tiempo medio de resolución del proceso (28,3 días) (21,5-35,1 días). Porcentaje de derivación a CE (29,2%) (21,1-37,3%). Visitas de seguimiento en CE (43,2%) (36,3-50,9%) $p < 0,05$ en todos los casos. El porcentaje de resolución de los pacientes con IC (12%) (7-19%) $p < 0,01$, y el porcentaje de altas (39,4%) (32,2-46,6%) $p < 0,001$. Son mejores para la CMI. La incidencia de la IC es 2,75/1.000 habitantes, con una mortalidad anual del 0,8% y un porcentaje anual de ingreso del 0,47. Sin diferencias significativas entre la CMI y CAR. La Comorbilidad de los pacientes con IC (ACVs, DM Tipo 2, EPOC, IRC y fallo hepático crónico) es más alta en CMI que en CAR ($p < 0,05$ en todos los casos).

Conclusiones: La Consultoría de Medicina Interna con Atención Primaria mejora el seguimiento eficiente de los pacientes con Insuficiencia cardíaca.

CALIDAD DE LOS SISTEMAS DE REGISTRO DE DIABÉTICOS CON TIRAS REACTIVAS DE GLUCEMIA, EN LOS CENTROS DEL ÁREA 7 DE MADRID

M. Bayo, S. Garrido, S. López, A. Cadenas, R. García y A. Rodríguez
Dirección de Enfermería.

C-100**Palabras clave:** Gestión tiras diabéticos.

El uso de tiras reactivas para control de glucemia en diabéticos supone un alto porcentaje del gasto sanitario en Atención Primaria (AP.). En los últimos años se observa una tendencia al aumento en consumo y gasto. El sistema de entrega de material y registro no es uniforme en los centros del Área, además de un inadecuado desarrollo del proceso.

Objetivo: Describir la calidad de los registros de diabéticos que utilizan tiras reactivas en el Área 7 de Atención Primaria. **Tipo de estudio:** descriptivo de corte transversal.

Población de estudio: diabéticos que utilizan tiras reactivas de glucosa. **Tamaño muestral:** 372 registros. Nivel de confianza del 95% y error de precisión de $\pm 5\%$. **Técnica de muestreo:** sistemático. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** SPSS para Windows. **Variables:** Tipo de registro, nombre y apellidos, diagnóstico, pauta, cantidad pautada, nombre y firma del médico prescriptor, fecha última entrega. Se evaluaron dos sistemas de registro tradicional e informático. La información incluida en los registros tradicionales es incompleta y de baja calidad. La situación general implica la necesidad de establecer medidas que incrementen el grado de cumplimentación y la calidad de su contenido. La aplicación informática ha demostrado recoger información, más completa y válida; además permite reevaluar y cuantificar la eficacia de medidas correctoras puestas en marcha, comprobándose una mejora general de los registros.

IMPlicación del cirujano en la organización y custodia de la H^a clínica, repercusión en la gestión de lista espera

J.L. Fernández, A. Navarro, A. Cabello, M.J. Castro, A. Pérez y A. de la Fuente
Hospital Regional U. Carlos Haya.

C-101**Palabras clave:** Gestión lista espera.

Objetivo: Comunicar la experiencia de una Unidad Quirúrgica en la que un nuevo diseño en la organización y custodia de las H^a Clínicas en una lista de espera quirúrgica (LEQ) personalizada con implicación de los profesionales, conlleva claras ventajas en su gestión.

Método: La Ley 41/2002 en su artículo 17 obliga a los centros al correcto mantenimiento y seguridad de la documentación clínica y a los profesionales a la colaboración incluso a la gestión y custodia de la misma si su actividad se desarrolla de manera individual. Nuestra Unidad dedicada fundamentalmente a la patología pancreática y coloproctología está integrada por seis cirujanos. Antes del 2004 se producían suspensiones quirúrgicas por no aparición de la H^a Clínica, a veces el diagnóstico de la LEQ no estaba bien codificado o faltaban observaciones acerca del paciente o la programación no se podía realizar en sesión conjunta con las H^a presentes. Desde marzo del 2004, se diseñó un nuevo circuito a través de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica con implicación de cirujanos y auxiliares administrativos del Servicio, de tal manera que las H^a Clínicas tras el paciente pasar a LEQ son custodiadas por el propio cirujano en un archivador que está en la propia sala de trabajo, ordenadas por orden alfabético y según indicación en preferentes y normales. Tras ser intervenido el paciente, la H^a pasa al Archivo Central.

Resultados: No hemos tenido suspensión quirúrgica por falta de la H^a, la preparación de los enfermos es la adecuada y existe satisfacción en los profesionales porque la programación se realiza con nueva revisión de los casos clínicos.

Conclusiones: Diseñar nuevos circuitos o modelos organizativos en este aspecto concreto o en otros en los que se implica y responsabiliza a los profesionales siempre conlleva mejora en la calidad asistencial, si bien el futuro está en la informatización de las H^a y en la digitalización de las imágenes radiológicas con acceso a través de clave individual al personal autorizado.

EL ANÁLISIS DE LAS SUSPENSIONES QUIRÚRGICAS COMO MÉTODO DE DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA SIN INGRESO

C. Alerany, A. Rodríguez y M.T. Roca
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

C-102**Palabras clave:** Suspensiones quirúrgicas, Cirugía sin Ingreso.

Objetivo: Analizar los motivos de suspensión de las intervenciones quirúrgicas en nuestra Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) e implantar medidas de mejora que disminuyan el número de intervenciones quirúrgicas suspendidas (IQS).

Material y métodos: Se han recogido y analizado las IQS durante el período 2002-2004. Solo se han incluido las IQS en las que el paciente se encontraba ya en la UCSI. Se ha realizado un análisis causal mediante la técnica de Ishikawa, clasificando las causas en 4 grupos: organizativas, del paciente, del cirujano y del anestesista. También se han clasificado las causas de suspensión en previsibles y no previsibles. Se han detectados y puesto en marcha acciones de mejora (revisión previa de la historia clínica (HC) y de las pruebas preoperatorias) y se ha medido su impacto sobre la suspensión de las IQS.

Resultados: Se han estudiado 574 IQS, que representan un 2,37% del total de las altas del período estudiado, 264 (46%) antes y 310 (54%) después de la puesta en marcha de las acciones de mejora. En la fase previa el 52,7% (139/264) de las IQS eran evitables ya que los motivos de suspensión eran previsibles, 73,4% por causas organizativas, el 16,5% atribuibles al anestesista y el 10,1% al cirujano. Las causas más frecuentes de IQS previsible fueron: 26,6% (37/139) por falta de pruebas preoperatorias, 18,7% (26/139) por desaparición de la patología y 7,9% (11/139) por paciente no tributario a CMA. Un 5% (7/139) se debió a alteraciones en el preoperatorio. Una vez puestas en marcha las medidas correctoras (revisión de la HC y de las pruebas preoperatorias) el porcentaje de suspensiones previsibles fue del 43,5% (135/310) ($p < 0,01$), de estas el 54,1% se debió a causas organizativas, el 33,6% al cirujano, 12,6% al anestesista. Las IQS por falta de pruebas preoperatorias el porcentaje disminuyó hasta el 14,8% (20/135) ($p < 0,05$) después de la puesta en marcha del circuito de revisión de HC. Las IQS por alteración de las pruebas preoperatorias desaparecieron y las debidas a la desaparición de la patología no variaron.

Conclusiones: Es útil la revisión previa de las historias clínicas, para comprobar la presencia de todas las pruebas preoperatorias necesarias para la intervención quirúrgica. Es necesario revisar la indicación de la cirugía en algunas patologías así como la confirmación de las mismas, en los pacientes que se encuentran durante largo tiempo en lista de espera. Es necesario revisar los protocolos de pruebas preoperatorias teniendo en cuenta el perfil de los pacientes.

MEJORA DEL PROCESO DE ADQUISICIÓN Y DISTRIBUCIÓN EN EL SERVICIO DE ALMACÉN DE UN HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO

C. Nicolás, J.J. Sanz, M. Díaz, J. Hernández, A.M. Ibáñez y J.C. Ros
Hospital J.M. Morales Meseguer.

C-103**Palabras clave:** Rotura stock, Pedidos, Almacén.

Objetivo: Evaluar y mejorar el proceso de adquisición y distribución de material en el Servicio de Almacén de un Hospital General Universitario.

Metodología: Se aplica un ciclo de mejora con el método propuesto por el programa EMCA. Se definen 2 criterios de calidad: C1. no rotura de stock (todos los artículos solicitados se entregan). C2. Pedidos a proveedor con más de 3 artículos (agrupación de artículos en un mismo pedido a proveedor). Se realiza una primera evaluación, con nº de artículos solicitados para C1 y muestra aleatoria de nº de pedidos a proveedores para C2. Tras la implantación de acciones de mejora se lleva a cabo una segunda evaluación y se comparan resultados (con estadística descriptiva, estimación de intervalo de confianza y comparación de proporciones).

Resultados: En la 1^a evaluación (muestra de 109.860 art. Para C1 y 412 pedidos para C2), se aprecia cumplimiento de C1 en 97,32% (97,23 – 97,42) y C2 en 9,12% (6,09 – 11,86). Como acciones de mejora, se reclaman diariamente los artículos que se han quedado sin existencias, seguimiento de los pedidos extras que efectúan las unidades al almacén, se programa la compra de material por períodos de 4 meses, se solicita todo el material necesario de un proveedor en un mismo pedido, se establece un día determinado único para cada proveedor para efectuar la entrega, se agrupan los proveedores por días de entrega según volumen de mercancías. En la 2^a evaluación (muestras de 102.914 artículos para C1 y 298 pedidos para C2, se aprecia cumplimiento de C1 en 98,42% (98,34 - 98,49) (mejora absoluta de 1,1% y relativa de 40,7% con $p < 0,001$) y cumplimiento de C2 de 20,12% (15,41 – 24,85) (mejora absoluta de 11,1% y relativa de 12,2% con $p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados muestran una mejora en los 2 criterios estudiados, destacando los pedidos con más de 3 artículos. La aplicación del ciclo de mejora, ha permitido reducción del tiempo destinado, a las tareas de petición y entrega de artículos no servidos, y tramitación de albaranes y facturas así como la satisfacción de los clientes internos al tener cubiertas las necesidades de material.

Palabras clave: Dolor torácico, alta resolución, urgencias.

Introducción: En Marzo de 2002 se puso en marcha un protocolo diagnóstico de dolor torácico por los servicios de Urgencias y Cardiología con el fin de reducir ingresos innecesarios. Es de destacar la inexistencia de cardiólogo de guardia en el Hospital y que las actividades se sumaban a la actividad programada habitual. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados en función de ingresos innecesarios evitados.

Metodología: El protocolo consta de unas normas de inclusión de dolores torácicos y una hoja de recogida de datos sobre antecedentes personales, características de dolor y pruebas complementarias a realizar en las 12 horas de observación en Urgencias. Posteriormente estaba previsto la valoración en el Servicio de Cardiología y la realización de una prueba diagnóstica para descartar cardiopatía isquémica aguda. Se han revisado todos los casos evaluados hasta Abril de 2005.

Resultados: Se han incluido en este tiempo 308 casos. (59 casos en 2002, 118 en 2003, 99 en 2004 y 32 este año) Se han realizado 299 pruebas de esfuerzo, 7 ecocardiografías de estrés con dobutamina y en 2 casos no se realizó prueba diagnóstica, uno de ellos al no dar su consentimiento y otro al no tener indicación. De los 308 casos se han ingresado 15 pacientes (4,87%). Multiplicando los 293 casos de estancias evitadas (58 en 2002, 109 en 2003, 96 en 2004 y 30 este año) por las respectivas estancias medias por ese GRD en cada año, se estima en algo más de 1500 días de estancia los evitados hasta el momento con este protocolo. (1520,37 días).

Conclusiones: Se constata la utilidad del protocolo en cuanto a evitar ingresos innecesarios, ya que más del 95% son altas. Se ha conseguido reducir la estancia innecesaria por dolor torácico en algo más de 1500 días.

MESA 14

Acreditación (II)

M. Santiago-García, A. Barragán-Pérez, M. Moreno-Valero, J. Martínez-García, G. Álvarez-Domínguez y J. Ruiz-Ros
Gerencia de Atención Primaria. Murcia.

Palabras clave: E.F.Q.M. Gestión sanitaria. Atención primaria.

Objetivos: Reflexión conjunta del equipo directivo (ED) de una Gerencia de Atención Primaria (GAP) sobre las actividades realizadas y resultados conseguidos, enfrentándose a un modelo de excelencia. Elaboración de planes de mejora y líneas de actuación.

Métodos: La GAP decidió realizar la autoevaluación de su gestión con el modelo E.F.Q.M. Este objetivo es compartido con su Servicio de Salud planteado, tanto en su Plan Estratégico, como en su Plan de Calidad. Se eligió utilizar el Cuestionario-Guía Evalexpress y se realizó en las siguientes fases: 1^a Fase: Breve formación del ED (7 miembros) sobre el propósito de la Guía, del proceso y de las funciones de cada uno. Cuatro disponían de formación previa en metodología E.F.Q.M. Lectura individual de cada criterio de la Guía. 2^a Fase: Consenso de la puntuación para cada criterio. Esta fase se realizó con la ayuda de un "facilitador" externo y con la aplicación informática diseñada a tal fin. 3^a Fase: Priorización de áreas de mejora. 4^a Fase: Elaboración de planes de mejora. Se evaluaron nueve criterios: 1. *Criterios Agentes:* C-1: Liderazgo. C-2: Estrategia y Planificación. C-3: Personas. C-4: Alianzas y Recursos. C-5: Procesos. 2. *Criterios de Resultados:* C-6: Resultado en los clientes. C-7: Resultado en las personas. C-8: Resultado en la Sociedad. C-9: Resultado Clave.

Resultados: De forma genérica se identificaron: A. *Puntos fuertes:* los criterios mejor puntuados fueron: Los resultados clave, entendidos como logros alcanzados por la unidad en relación al rendimiento planificado, tanto financiero como resultados en Salud. Los procesos, entendidos como una secuencia de actividades en las que intervienen personas, materiales, energía y equipamiento, organizadas de una forma lógica y van añadiendo valor, para producir un resultado planificado y deseado. B. *Área de Mejora:* Se identifican cuatro áreas, para las que se elaboran planes de acción: Resultado en las personas. Resultado en los clientes. Definir y difundir la misión, visión y cultura de la organización. Diseño y desarrollo de un sistema de gestión por procesos.

Conclusiones: La metodología E.F.Q.M. permite reflexionar conjuntamente sobre la gestión de las unidades. La autoevaluación cohesionada a los equipos directivos y permite identificar los puntos fuertes y las áreas de mejora de la organización.

UNA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA EL ANÁLISIS Y GESTIÓN DE LA CALIDAD

A. González, M.A. Reyes, B. Álvarez y M. Bernal
DS La Vega. Antequera.

C-106

Palabras clave: Calidad, participación, mejora.

La calidad Asistencial representa uno de los actuales desafíos a que se enfrenta nuestro sistema sanitario. El vigente Sistema de Acreditación ha introducido una metodología de evaluación basada en el llamado Modelo Europeo de la EFQM (European foundation for quality management). Este modelo pone el énfasis en un análisis cualitativo que debe ser realizado por el conjunto del equipo con objeto verificar el cumplimiento de los estándares y planificar acciones basadas en áreas de mejora. Para cumplir este objetivo nos enfrentamos a situaciones complejas de metodologías de trabajo en equipo, difusión y gestión de la información, coordinación, liderazgo, estrategias de participación, recursos y alianzas, etc. Para abordar la Acreditación de la Unidad de Gestión Clínica de Campillos se ha aplicado una metodología que integra una amplia participación de los actores internos y externos a la Unidad con el objetivo de realizar una amplia reflexión sobre la calidad de nuestro sistema local. Se ha diseñado una propuesta de trabajo basada en las siguientes acciones articuladas que se adaptan al ciclo PDCA propuesto por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: 1. Diseño de una ficha de evaluación de estándares. 2. Creación de equipos de autoevaluación. 3. Responsabilización individual para la gestión de cada estándar. 4. Estructuración de un trabajo cooperativo por escalones. 5. Plan de comunicación interna. 6. Análisis y reflexión grupal. 7. Plan de mejora.

LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS POR LA MEJORA

V. Ruiz, J.J. Alfonso, J. García, B. García, M. Torres y P. Barceló
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

C-108

Palabras clave: Mejora, Calidad, Evaluación.

Objetivos: Sensibilizar a los profesionales en la necesidad de medir y evaluar los resultados. Dar a conocer los resultados globales de los Centros. Presentar las mejores prácticas. Exponer los resultados obtenidos por los grupos de mejora creados.

Método: Semestralmente se realizan Encuentros Asistenciales en los que se evalúan los objetivos propuestos en el Encuentro anterior, por las áreas de mejora que se van detectando a través de la información facilitada por estos y los resultados de las evaluaciones externas de los sistemas de calidad (EFQM, ACSA o ISO). Se aplica el ciclo de mejora continua. Cada ponente expone el tema otorgado por sobresalir en el mismo, la originalidad o innovación. Se exponen los avances conseguidos por las Comisiones y Grupos de Mejora creados. Al finalizar cada bloque temático, se reserva un espacio para la discusión y acuerdo de próximos objetivos, que se recapitulan tras la última sesión.

Resultados: Las áreas en las que más se ha avanzado son: *Atención al usuario*: Encuesta de Satisfacción; Gestión de las reclamaciones, quejas y sugerencias, Cumplimiento de sus Derechos; Procedimientos de información. *Prevención de acontecimientos adversos*: Plan de Prevención de Acontecimientos Adversos. *Farmacia*: Favorecer el uso racional de medicamentos; Guía Farmacoterapéutica y Procedimiento de inclusión de fármacos. *Medioambiente*: Implantar una Política Medioambiental. Áreas que necesitan más mejoras: *Evaluación de resultados*: Monitorizar un Cuadro de Mandos; Presentar resultados asistenciales. *Documentación clínica*: Asegurar la confidencialidad controlando el acceso a la Historia Clínica en papel y en formato electrónico y la trazabilidad; Gestión del archivo y seguridad del habitáculo; Auditorias anuales. *Investigación*: Fomentar la investigación, publicaciones y presentación de Comunicaciones a Congresos. *Estructura y seguridad*: Realizar Sesiones divulgativas y formativas sobre el Plan de Plan de Prevención de Riesgos Laborales y Plan de Emergencia. Evaluar la difusión entre los trabajadores. Gestión del equipo electromédico. *Continuidad asistencial*: Aplicar la Gestión por Procesos; Asegurar la Continuidad de Cuidados al alta; Facilitar Apoyo Sociosanitario.

Conclusiones: En Encuentros anteriores, los Centros habían desarrollado las primeras fases del ciclo de mejora (Planificar y Hacer), en éste último se evalúa, se detectan áreas de mejora y se actúa para corregirlas y/o prevenir las. La satisfacción de los participantes con el Encuentro ha sido buena.

EVALUACIÓN EXTERNA DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD DE LOS CENTROS DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

V. Ruiz, A. Rivera, M. Madariaga, G. Ramos, A. Clavo y D. Arenas
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

C-107

Palabras clave: Acreditación, Calidad, Autoevaluación.

Objetivos: En 2003, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Provincia Bética) diseña un Plan de Calidad, que fomenta el desarrollo de sistemas de calidad en sus centros, con el objetivo principal de implantar una cultura de calidad y de evaluación de resultados entre los profesionales y, como objetivo secundario, propone optar a una evaluación externa por una entidad acreditada.

Método: Para implantar el Plan de Calidad se crean estructuras de calidad; se forma a los profesionales en temas de calidad y evaluación de resultados; se facilita documentación de apoyo y contactos; se fomenta el liderazgo de la dirección, y, se aplica un plan operativo para la autoevaluación basado en el "ciclo de mejora continua". La coordinación y asesoramiento metodológico se centralizaron.

Resultados: En mayo de 2005, cinco Centros han sido evaluados. Dos de ellos han recibido el sello de bronce por el modelo de Excelencia Empresarial (EFQM): Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos (enero-2004), Clínica Ntra. Sra. de La Paz de Madrid (enero-2004). Otros dos han recibido la acreditación de nivel avanzado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA): Hospital Juan Grande de Jerez de la Frontera (abril 2005) y Hospital San Juan de Dios de Córdoba (marzo 2005). Un quinto centro evaluado en abril, está pendiente del informe de resultados de la ACSA. Tres centros más están autoevaluándose por el modelo EFQM, dos por el modelo de la ACSA y uno por la norma ISO 9.001:2000.

Conclusiones: Semestralmente se evalúan objetivos de Calidad comunes para los Centros Hospitalarios, independientemente del estado en el que se encuentran en cuanto a la autoevaluación y/o evaluación externa, se identifican áreas de mejora, se crean grupos de mejora intercentros y se aplican acciones preventivas y correctivas, avanzando un paso más hacia la mejora continua de la calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos. Destacar la gran participación de los profesionales y la disponibilidad creciente para el cambio.

EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN EFQM EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

R. Gomis, P. Parra, J. Muñoz, A. Mas, T. Ramón y J. Calle
Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

C-109

Palabras clave: EFQM, Evalexpress, Gestión de la Calidad.

Objetivos: Presentar los resultados de la primera experiencia de Autoevaluación con el Modelo EFQM en las 14 Gerencias que comprenden el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Métodos: Se ha desarrollado un período de formación básica en el Modelo a todos los equipos directivos, y se estableció el "Evalexpress", como herramienta para la Autoevaluación Rápida de Organizaciones. Dos facultativos de Servicios Centrales actuaron como consultores durante el proceso de autoevaluación, como dinamizadores del mismo y para la aclaración o normalización de la interpretación de términos y puntuaciones.

Resultados: El proceso de autoevaluación se inició tras la realización de un seminario de 8 horas de duración el 22 de noviembre. Todas las gerencias realizaron su propia Autoevaluación entre el 24 de enero y el 31 de abril. Las puntuaciones globales obtenidas oscilan entre los 174 y los 415 puntos, con una media de 281 puntos. No se observan Gerencias con valores extremos que excedan de 1,5 rangos intercuartil, aunque al analizar por Criterio sí existen diferencias significativas. El criterio mejor valorado a nivel global en términos absolutos es el de Resultados Clave, con una media de 76 puntos y, en el otro extremo, los de Resultados en las Personas y en la Sociedad (7 y 4 puntos de media, respectivamente). Esta valoración se reproduce al analizar, en términos relativos, la valoración máxima alcanzable (51% en Resultados Clave y 7% y 8% en Resultados en Personas y en Sociedad). Todas las Gerencias llegaron a identificar más de 100 oportunidades de mejora, de las que han seleccionado 10-15 para su abordaje prioritario e inmediato.

Conclusiones: 1) La utilización del Evalexpress ha permitido generar en un corto período de tiempo un proceso de autoevaluación de todas las Gerencias integrantes del Servicio Murciano de Salud, tras dos experiencias fallidas en años anteriores. 2) Se observa variabilidad en los resultados obtenidos en las autoevaluaciones, como consecuencia de la primera aproximación al Modelo EFQM, y la no exigencia ni comprobación documental de las evidencias aportadas. 3) El proceso ha permitido identificar las grandes Áreas de Mejora comunes a todas las Gerencias que permitirán elaborar los correspondientes Planes de Intervención.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA AUTOEVALUACIÓN EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y CENTROS

D. Núñez, M. Román, S. Nogueras, N. del-Nozal, J.M. Russo y J.L. Arjona
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Calidad, Acreditación, Área de mejora.

Objetivos: Analizar el impacto de la fase de autoevaluación (relación entre el número de áreas de mejora implantadas durante la autoevaluación, respecto del total de áreas de mejora identificadas durante este período), en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) y Centros, con el proceso de evaluación externa finalizado.

Método: Estudio descriptivo de las áreas de mejora implantadas durante la autoevaluación (fase 2 del Programa de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria). Se han analizado un total de 42 proyectos (7 Hospitales, 5 Centros de Atención Primaria, 10 UGC de Atención Especializada y 20 UGC de Atención Primaria). Los Programas de Acreditación de UGC y Centros constan de las siguientes fases: *Fase 1.* Solicitud de certificación, visita de presentación y formación. *Fase 2.* Autoevaluación. Fase de reflexión sobre el grado de cumplimiento de los estándares e identificación de los espacios de mejora, tomando como referencia los Manuales de Estándares de UGC y Centros, utilizando como herramienta de apoyo la aplicación Mejora 2.0. *Fase 3.* Enfoque externo: Visita de Evaluación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía e informe de situación. *Fase 4.* Seguimiento: Monitorización del cumplimiento de los estándares y consolidación del nivel de calidad alcanzado.

Resultados: Se han identificado un total de 4.781 áreas de mejora. Durante la autoevaluación se han implantado, un total de 2.228 (46,6%). Separados por ámbito, los resultados son los siguientes: En los 7 hospitales, se han identificado un total de 723 áreas de mejora y de éstas se han conseguido 228 (31,5%). En los 5 centros de Atención Primaria, se han identificado 1.070 áreas de mejora de las que se han conseguido 473 (44,2%). En las 10 UGC de Atención Especializada, se han conseguido 289 áreas de mejora (49,2%) de las 587 identificadas y entre las 20 UGC de Atención Primaria han conseguido 1.238 áreas de mejora (51,56%) de las 2.041 identificadas.

Conclusiones: El impacto alcanzado por el programa de acreditación de UGC y Centros es elevado, debido a que la implantación de áreas de mejora durante la fase de autoevaluación es destacada (a lo largo de 5 meses), con el consiguiente incremento que esto conlleva en la calidad de las UGC y centros. Se observa que las UGC de Atención Primaria son las que más áreas de mejora implantan en esta fase de acreditación, por encima de los hospitales, aunque hay que tener en cuenta las limitaciones de la muestra.

C-110

ASPECTOS ESTRUCTURALES EN LAS ÁREAS DE MEJORA DE LOS PROGRAMAS DE ACREDITACIÓN DE CENTROS Y UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA

J.L. Arjona, S. Nogueras, R. Carabaño, A. Murcia, A. Torrejón y M. Román
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Acreditación, Calidad, áreas de mejora.

Objetivo: Identificar las áreas de mejora prioritarias detectadas por los centros y unidades de gestión clínica (UGC) durante la fase de autoevaluación de los programas de acreditación (PA), referente a estándares que tratan aspectos estructurales.

Metodología: Estudio descriptivo de 26 proyectos de acreditación finalizados. Se consideraron 801 áreas de mejora (AM) detectadas, 240 del programa de acreditación de centros; y del programa de acreditación de UGC (431 en Atención Primaria -AP- y 130 en Atención Especializada -AE-) de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Resultados: Se presentan por orden de frecuencia y diferenciadas por PA. Centros: 13% Implementación plan de emergencias(PE); 12,2% Gestión de incidencias; 12,2% formación y control del equipamiento electromédico (EE); 9,9% Acciones encuadradas en LOPD; 7,9% Adquisición de productos y servicios; 6,1% Registros de documentación empresarial, homologaciones y acreditaciones de empresas externas; 6,1% Acontecimientos adversos(AA); 6,1% Sistema de gestión medioambiental (Evaluación, actualización de impactos, elaboración de guías y difusión); 6,1% Actualización planes emergencias; 5,3% Protocolización de documentos y actualización periódica, difusión, indicadores; 5,3% Planes de contingencias; 3,8% Procedimientos para el control de zonas críticas; 3% Información ante la ejecución de obras; 3% Fichas de seguridad de productos. UGC de AP: 13% PE; 12,2% AA; 10,7% Control de productos sanitarios; 10,7% EE; 8,2% Nuevas aplicaciones, tratamiento de la información; 6,2% Conservación de los centros; 6,2% Citas y demoras; 6,2% Acciones sobre intimidad; 4,9% Residuos; 4% Adherencia a la LOPD; 4% Acciones divulgativas sobre el tabaco; 4% Formación en manejo de material electromédico; 3,2% Información de resultados; 3,2% Gestión del mantenimiento; 3,2% Participación usuarios. UGC en AE: 25,6% Información interna, monitorización evaluación objetivos; 23% Acontecimientos adversos; 16,6% Control y formación sobre EE; 1,5% Circuitos de incidencias; 11,5% Productos sanitarios; 11,5% PE y otros 10,3%.

Conclusiones: Las principales AM coinciden en anticipar la gestión de la seguridad como principal espacio de mejora. Las principales líneas de mejora no han sido vinculadas a inversiones en infraestructuras y/o equipamiento. En el PA de centros como en UGC, destacan las mejoras que hacen referencia a PE, AA y a EE. De manera específica en el programa de acreditación de UGC se incide en las AM referidas al control de los productos sanitarios.

EL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

S. Nogueras, A. Sianes, A. Murcia, M. del-Nozal, J.M. Carrasco y M. Román
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Acreditación, Calidad, Áreas de Mejora.

Objetivo: El Programa de acreditación UGC, es una herramienta orientada a garantizar la gestión de la calidad, reconocer niveles de calidad asistenciales existentes e impulsar la mejora continua en centros y UGC. *Planteamos:* 1. Analizar resultados del Programa de Acreditación de UGC de AP. 2. Analizar similitudes y diferencias entre la fase de autoevaluación y evaluación externa.

Método: Análisis descriptivo de las UGC de AP durante la fase de autoevaluación y evaluación externa. Registros obtenidos de la aplicación Mejora 2.0.

Resultados: Se han analizado 9 UGC de AP que obtuvieron la acreditación avanzada. La fase de autoevaluación ha tenido una duración media de 169 días, implicándose una media de 9 profesionales como autoevaluadores por proyecto y 13 como responsables de áreas de mejora. Los profesionales han identificado una media de 344 evidencias positivas y 95 áreas de mejora, las cuales han sido orientadas fundamentalmente hacia generación de guías, protocolos, procedimientos y registros, acciones formativas y de difusión, modificaciones organizativas, evaluaciones periódicas y otros. Se consideró durante la autoevaluación: 84,3% Usuarios: participación, satisfacción y derechos, 72,4% Accesibilidad y continuidad en la asistencia, 87% Documentación clínica, 93,3% Gestión de procesos asistenciales, 79,4% Actividades de promoción y programas de salud, 72,7% Dirección, 64,2% Profesionales, desarrollo y formación, 74,9% Estructura, equipamiento y proveedores, 74,1% Sistemas y tecnologías de la información, 75% Sistemas de calidad y 73% Resultados. Tras la visita de evaluación externa: 75,6% Usuarios: participación, satisfacción y derechos, 59,8% Accesibilidad y continuidad en la asistencia, 83,3% Documentación clínica, 68,9% Gestión de procesos asistenciales, 77,8% Actividades de promoción y programas de salud, 60,3% Dirección, 37,3% Profesionales, desarrollo y formación, 57,8% Estructura, equipamiento proveedores, 81,5% Sistemas y tecnologías de la información, 67,6% Sistemas de calidad y 58,7% Resultados.

Conclusiones: Las mayores diferencias entre ambas fases se refieren a criterios de profesionales, desarrollo y formación, y gestión de procesos asistenciales. Las mayores coincidencias entre autoevaluación y evaluación externa están relacionados con los criterios de documentación clínica, actividades de promoción y programas de salud, sistemas y tecnologías de la información. Se identifica el criterio de profesionales, desarrollo y formación como el que precisa de un mayor margen de mejora.

C-111

C-112

MESA 15

Sistemas de información (II)

C-114

HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN RÁPIDA DE ORGANIZACIONES SEGÚN EL MODELO DE EXCELENCIA DE LA EFQM

J. Muñoz, R. González, M. Estébanez, F. Murua, R. Sánchez y A. Audicana
Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: EFQM, Autoevaluación, Evalexpress.

Introducción: El Modelo de Excelencia de la EFQM es el Modelo referente para la gestión de la Calidad Total de todas las organizaciones de Osakidetza/Svs. Se ha detectado la necesidad de extender y facilitar su uso mediante la elaboración de material adaptado que simplifique y facilite la autoevaluación según este modelo.

Objetivos: 1. Crear una herramienta para la Autoevaluación Rápida de Organizaciones según el Modelo de la EFQM que sea rápida, útil y satisfactoria para los profesionales sanitarios y gestores. 2. Ahorrar tiempo y esfuerzo en el proceso de autoevaluación, simplificando y haciendo más inteligible el modelo. 3. Validar esta herramienta con el resultado de las evaluaciones externas de la gestión de la calidad de las organizaciones.

Metodología: Las fases para la realización de la autoevaluación con esta herramienta (y con otras) son la formación previa en el modelo, la lectura y autoevaluación personal de cada subcriterio (7-14 horas), el consenso del equipo evaluador acerca de puntos fuertes, áreas de mejora y puntuación de todos los subcriterios (14 horas), la priorización de las áreas de mejora (7 horas) y, finalmente, la elaboración de un Plan de Mejora. Se ha aplicado en 19 ocasiones en 16 organizaciones diferentes de Osakidetza/Svs, en 14 del Servicio Murciano de Salud y está disponible en otras organizaciones no sanitarias (industriales y educativas).

Resultados: 1. El rango de puntuación de las evaluaciones con "Evalexpress" oscila entre 197 y 643. La puntuación media es de 423. 2. La satisfacción de los participantes es muy alta en todos los aspectos investigados. El índice del aspecto "peor" valorado (cumplimiento de expectativas) es del 84%, siendo el más alto el de la preparación de los docentes (100%). 3. Las 7 organizaciones evaluadas con "Evalexpress" que estaban en rangos > 400 ó 500 puntos han obtenido los reconocimientos correspondientes (2 Q de Oro y 5 de Plata) tras Evaluación Externa realizada por 6 evaluadores independientes. En 6 de 7 organizaciones la desviación es inferior a 15-30 puntos.

Conclusiones: 1. La herramienta "Evalexpress" facilita el conocimiento del Modelo de la EFQM y es, además, rápida, útil y satisfactoria para los participantes. 2. El tiempo empleado por el equipo evaluador para consensuar puntos fuertes, áreas de mejora y puntuaciones se reduce a la décima parte (de 150 a 15 horas). 3. La herramienta está "validando" sus resultados con las Evaluaciones Externas realizadas por evaluadores pertenecientes a una organización independiente.

IMPLANTACIÓN DEL CUADRO DE MANDOS INFORMATIZADO COMO INSTRUMENTO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL GRUPO SANITARIO IDC-CAPIO

I. Arbusá, L. Alfaro, J. Zamora, S. Calvo, M. Moratillas y J. Rangil
Grupo Sanitario IDC Capio. Barcelona.

Palabras clave: Indicadores, Informática, Calidad.

Objetivo: Presentar un modelo de cuadro de mandos informatizado, explicando sus características específicas de definición, contenidos, capacidades del sistema y proyección hacia su aplicación práctica, en un entorno corporativo.

Material y método: Se han definido 75 indicadores básicos (IB), ordenados por procesos, de aplicación homogénea (previa definición específica) en todos los Centros del Grupo. Los resultados de dichos IB han ido reportándose trimestralmente al Núcleo Central de Calidad (NCC). Con el Dpto. de Sistemas de Información se revisó la potencial informatización de los mencionados IB, iniciándose por los 25 considerados más factibles y fiables. La estructura informática está basada en una base de datos relacional (SQL Server) a partir de la que se agrupa la información en un data warehouse, con actualización diaria y automática y presentándose los resultados en páginas ASP, disponibles desde la propia Intranet Corporativa. Evidentemente se han desarrollado políticas y mecanismos específicos de limitación de accesos.

Resultados: Los IB seleccionados han sido implementados en 10 de los 11 Centros Hospitalarios del Grupo, en España. Cada uno de ellos dispone de una Ficha de Indicador en la que se explica aquello que se mide, el método de cálculo y los límites de tolerancia admitidos, siendo éstos específicos de cada Centro. Las desviaciones son detectadas en el cuadro de mandos e informadas automáticamente a la lista de distribución previamente establecida. La presentación de resultados permite la selección del período de análisis, y de los centros con los que requiere establecer la comparación, ofreciendo en cada caso los totales o las medias obtenidas para el conjunto analizado.

Conclusiones: El sistema de gestión de la información utilizado, permite, gracias a la automática monitorización continua y a la comunicación de resultados cuando se superan los límites de alarma, la obtención, muy eficiente, de una información directa, homogénea y consistente y orientada a la acción a través de sus mecanismos de notificación de desviaciones. En el presente momento, centramos nuestro esfuerzo en la inclusión de los objetivos fijados y en la ampliación de la implantación de los IB a su práctica totalidad.

C-113

INFORMES DE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA EN LA INTRANET DE UN ÁREA DE SALUD

B. Taravilla, B. Medina, M. Basanta y R. Fernández
Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

Palabras clave: Prescripción farmacológica, Intranet.

Objetivos: Diseño e implantación de una aplicación informática que permita el acceso electrónico a los informes de prescripción farmacéutica en todas las consultas de los médicos de atención primaria del Área 9 de la Comunidad de Madrid desde la página web del Área, con el fin de optimizar el acceso y la calidad de la información que reciben los médicos sobre el consumo y el uso de los medicamentos.

Métodos: El Servicio de Farmacia y el Departamento de Informática han diseñado una aplicación a la que se accede mediante clave personalizada, que garantiza la confidencialidad de los datos, con tres niveles de acceso: facultativo (médico general o pediatra), director de unidad funcional (UF) y usuario autorizado de la Gerencia. La aplicación permite seleccionar información cualitativa, cuantitativa y perfil de prescripción, por mes o acumulada, a partir de los datos obtenidos del Programa de Gestión de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (farm@drd). La información cuantitativa incluye un análisis evolutivo, comparativo y presupuestario así como resultados de ahorro potencial en grupos terapéuticos seleccionados. En la información cualitativa y para cada indicador de calidad incluido en el Contrato de Gestión 2005, se establece la comparación del resultado del CIAS, con el de la UF a la que pertenece, con el Área y con la Comunidad de Madrid. Los perfiles de prescripción recogen los 20 principios activos más prescritos ordenados por número de dosis diaria definida (DDD) y por importe, con el porcentaje de prescripción de genéricos de cada uno de ellos. La aplicación permite acceder a enlaces con información clínica relevante, evidencia científica y a mensajes que transmiten los valores del Área.

Resultados: La aplicación informática se encuentra disponible en todas las consultas de atención primaria del Área 9 con la información sobre prescripción farmacéutica y con los datos desde enero de 2005.

Conclusiones: La implantación de esta aplicación informática permite mejorar la información que se le facilita al profesional optimizando el posterior análisis de los datos de consumo farmacéutico, incorporando en ellos enlaces a información clínica de interés y a evidencia científica. Proporciona a los facultativos su perfil de prescripción de forma ágil y sencilla, reduce del tiempo de recepción de los informes, vinculando esta información a los valores fundamentales del Área.

C-115

CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS MEDIDA MEDIANTE CUESTIONARIO TELEFÓNICO

J. Alcaraz-Martínez, C. García-Ahlers, E.G. Bataller-Peñaflor y A. Cano-Nieto
Hospital J.M. Morales Meseguer.

C-116

Palabras clave: Consultas externas, encuesta telefónica.

Introducción: Para conocer algunos aspectos de la atención prestada en Consultas externas se han puesto en marcha diferentes métodos en este Hospital, obteniendo resultados insuficientes. Una nueva iniciativa es la realización de un cuestionario telefónico a los pacientes que acuden a las mismas con el fin de obtener una información desde el punto de vista del usuario. No se trata de realizar una encuesta de satisfacción sino de obtener un informe de usuarios sobre aspectos de la calidad de la atención incluidos en el contrato programa.

Material y método: Basándose en una encuesta telefónica de 45 preguntas, validada y usada actualmente en otras instituciones, se han seleccionado 7 cuestiones que parecen más relevantes y no muy sujetas a la subjetividad. Se realizó un muestreo de 13 casos de pacientes atendidos en cada consulta y la encuesta se llevó a cabo en la tarde del citado día, con el fin de evitar sesgos por tiempo transcurrido. Esta muestra permite aplicar la técnica de muestreo por bloques (LQAS) para comprobar si se cumplen objetivos pactados en uno de los apartados. Se disponía de un listado de pacientes alternativo para sustituir la no respuesta.

Resultados: Se realizaron un total de 488 llamadas de las cuales fueron válidas 213 (tasa de respuesta de 43,6%). La encuesta se realizó por 4 personas, durante 4 días, con una duración total de 17 horas. De las preguntas realizadas, la peor valorada fue "entró en la consulta a la hora establecida a su hora" con un resultado afirmativo de 61 pacientes (28,6% \pm 6%). La de resultado positivo más alto fue "les hicieron la receta del fármaco nuevo en la consulta": 33 recetas (53,2% \pm 12,4%) La consulta fue valorada como excelente o muy buena por más de la mitad de los encuestados (52,1%).

Conclusiones: Se ha puesto en marcha un nuevo método para recogida de datos en consultas externas que permite obtener datos mediante la información aportada por los usuarios.

"PROYECTO GRIPE-2000", 8 AÑOS DESPUÉS

A. López, F. López, M. Casanovas, P. Soria, L. Marzal y X. Jiménez
SEM- Emergències Mèdiques. Barcelona.

C-118

Palabras clave: Predicción. Información. Sobrecarga.

Objetivo: Estudio prospectivo sobre la evolución del trabajo realizado desde 1997, para la predicción de los picos de sobrecarga asistencial en los servicios de urgencia y nuevas líneas de trabajo.

Material y métodos: El objetivo del "PG2000" fue crear un sistema efectivo de predicción de los incrementos estacionales de demanda que se producían de forma recurrente en los servicios sanitarios. Se basó en el aprovechamiento de series de marcadores de actividad de un 061, aplicando métodos estadísticos como los filtros de Kalman, o el llamado Algoritmo de Jacobson. Se creó una línea de estimación, obtenida mediante una fórmula recursiva, se marcaron una serie de alertas y la extrapolación parabólica sobre la tendencia para los próximos siete días. Desde la temporada 98-99 en que se probó por primera vez, el sistema se ha utilizado de forma efectiva para la predicción de los picos asistenciales, siendo asumido por el Plan Integral de Urgencias (PIUC) como dato de predicción dentro de su página Web. Ahora hemos estudiado la efectividad del sistema, así como su proceso de implantación dentro del PIUC del Servei Català de la Salut y su utilización como herramienta de trabajo por profesionales y gestores. Progresivamente el dato se ha complementado con un Sistema Integral de Información distribuido por el Sistema de Emergencias Médicas para la situación inmediata, como para la previsión a corto plazo y su tendencia. Resultados Despues de 7 temporadas proporcionando datos efectivos sobre predicción, ha supuesto su implantación a todos los niveles, siendo utilizado como determinante para la adecuación de los recursos asistenciales por los responsables de Equipos de Atención Primaria y el propio 061 y como información precoz y fiable.

Conclusiones: El "PG2000" se ha convertido en una herramienta útil de trabajo tanto para responsables como para gerentes de la sanidad. El futuro del sistema viene dado por la incorporación de datos meteorológicos, información de diferentes sistemas sanitarios, movimientos poblacionales, así como trabajos para la adaptación de novedosos estudios matemáticos en la aplicación de los sistemas emergentes o redes neuronales, para establecer modelos de comportamiento de procesos tan variopintos como los de un hormiguero o de vehículos en las autopistas, que podrán ser aplicados en este estudio. La información inmediata y la predicción, no subjetiva, sino con fiabilidad matemática, de situaciones de riesgo o crisis en grandes poblaciones, es sin duda el objetivo en estos momentos.

EL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE COMO MOTOR DE MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

M.E. Ricarte, A. Herrero, P. Palazón, B. Gros, E. Bustamante y C. Ascaso
Servicio de Urgencias. H.U. Miguel Servet.

C-117

Palabras clave: Urgencias Triaje.

Introducción: La falta de homogeneidad en el proceso que siguen los pacientes en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) es uno de los problemas más relevantes al que se enfrentan dichos servicios. El interés que tiene la implantación del sistema de triaje de urgencias y emergencias estructurado reside en la homogeneización y estandarización de la clasificación que se realiza de los pacientes y de todo el proceso asistencial.

Objetivo: Describir la distribución de los pacientes que acuden a urgencias según su nivel de gravedad, motivo de consulta y análisis de las fluctuaciones y cómo a través de este conocimiento se ponen en marcha diferentes dinámicas de mejora.

Material y métodos: Estudio descriptivo de todos los pacientes clasificados por el SET a través del programa informático web e-PAT v3.1 durante los 5 primeros meses de implantación.

Resultados: El análisis de los 20.216 pacientes clasificados ofrecen la siguiente distribución por niveles de urgencia (huella digital): 0,9% Nivel I; 2,6% Nivel II, 33,5% Nivel III; 30,3% Nivel IV y un 8,4% Nivel V. La estandarización de los motivos de consulta permite conocer los más frecuentes: 1º lugar los Problemas abdominales y digestivos 17,9% (3618), en 2º lugar la fiebre 11,7% (2256), en 3º lugar la disnea 11,2% (2256), en 4º lugar el dolor torácico 1821 (9%) y en 5º lugar la focalidad neurológica 1023 (5,1%). El SET permite el análisis de estos motivos según su peso específico lo que posibilita establecer dinámicas de mejora en los problemas más relevantes. El SET, a su vez, nos ha permitido conocer la fluctuación horaria de los pacientes según su nivel de urgencia objetivándose que los niveles I y II, así como el V a penas sufren variaciones, no ocurriendo lo mismo con los niveles III y IV que presentan dos picos asistenciales bien diferenciados (el primero de 11:00 a 13:00 h y un segundo de 15:00 a 17:00 horas).

Conclusiones: El conocimiento de la huella digital de un servicio de urgencias y la posibilidad de realizar análisis de casuística en base al nivel de urgencia de los pacientes abre un abanico de posibilidades en la gestión de los SUH hasta ahora desconocida (establecimiento de los GRUDEs, ponderación de las cargas de trabajo, conocer las fluctuaciones de la llegada de pacientes al SUH en función de su nivel de urgencia...). En definitiva el SET proporciona unos conocimientos que van a ayudar a dimensionar y entender mejor los procesos asistenciales que se producen en los SU mostrándose como un verdadero motor en la mejora de la calidad.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO DE RECURSOS HUMANOS ORIENTADO A LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO

C. Martín, G. Molins, L. Galindo, J. Uyà, R. Cornellà y L. Martí
Institut Català de la Salut.

C-119

Palabras clave: Recursos humanos; Calidad; Gestión del conocimiento.

Introducción: El entorno de gestión de recursos humanos requiere un conocimiento amplio de la normativa aplicable y unas habilidades directivas que generen motivación en los equipos de trabajo. Des del Àmbito de Atención Primaria Costa de Ponent del Institut Català de la Salut se pretende desarrollar un sistema de gestión del conocimiento de recursos humanos que facilite la gestión de personal a los responsables de equipos de trabajo de 55 Equipos de Atención Primaria (EAP) y 30 unidades de soporte (US) asistencial. Iniciamos el proceso desde la detección de necesidades de información.

Objetivo: Conocer las necesidades de información y la importancia otorgada por parte de los propios responsables para la gestión de equipos asistenciales.

Método: Se capture mediante encuesta validada dirigida a todos los responsables de gestión de personal, directores y adjuntos de EAP y US, las necesidades de información y la importancia relativa por materias de recursos humanos.

Resultados: El análisis de datos nos permitirá priorizar el refuerzo de las materias que han sido valoradas de mayor importancia y que tengan un nivel bajo de conocimiento. A partir de los resultados se planteará un sistema de gestión del conocimiento de recursos humanos dirigido al soporte de la función de gestión de equipos de trabajo.

LOS TELECUIDADOS. ELEMENTO DE MEJORA DE CALIDAD EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

R. Pérez, B. Gala, M. Lacida, S. López, M. Gutiérrez y F. Rodríguez

SAS. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados.

C-120

Palabras clave: Telecuidados, mejora continua, calidad.

Introducción: El Plan de Continuidad Asistencial mediante seguimiento telefónico (PCAST) realizado por el SAS se inicia el verano del año 2004 para dar respuesta al seguimiento personalizado de pacientes frágiles en el Plan de Prevención de complicaciones de Tª Extremas. En el mes de Octubre, tras los óptimos resultados, se prosiguen el plan con modificaciones en los grupos de población y mejora de los sistemas de información y soporte.

Objetivos: 1. Describir el programa de seguimiento telefónico de pacientes frágiles. 2. Describir la herramienta informática "entorno web" como elemento de garantía de calidad de la continuidad de cuidados. 3. Describir los resultados obtenidos a través del entorno web.

Metodología: El PCAST se oferta a la población en situación de fragilidad, captada y valorada con criterios clínicos y sociales, por las enfermeras de atención especializada y atención primaria, con los objetivos de identificar y captar a la población diana, prevenir e intervenir precozmente ante los problemas de salud y mejorar la homogeneización de la práctica asistencial ante los problemas de salud. Siguiendo la metodología de mejora continua se identifican áreas de mejora como son la garantía de la confidencialidad, mejora de la transmisión de datos, conocer el perfil de las personas con más necesidades de cuidados tras el alta, obtener datos de resultados en salud del seguimiento telefónico, ampliar grupos de población susceptibles. Para la consecución de estos objetivos se crea una aplicación informática mediante un navegador web.

Conclusiones: La implantación del entorno web se convierte en un instrumento de innovación y mejora que nos permite: la transmisión de datos on-line, homogeneizar la práctica asistencial, garantizar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales así como establecer niveles de riesgo a los pacientes con el fin de priorizar las visitas domiciliarias.

MESA 16

Competencias profesionales (II)

ADECUACIÓN DE LA OFERTA DE FORMACIÓN CONTINUADA A LAS NECESIDADES DE LOS TÉCNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO (TEL)

I. Martínez, A. Tejada, C. Mendoza, L. Sanz y B. Varela
Hospital de Basurto. Bilbao.

C-121

Palabras clave: Formación continuada.

Objetivos: 1. Conocer y evaluar la adecuación del programa de formación de Osakidetza a las necesidades de los técnicos del laboratorio (TEL). 2. Comparar el programa docente específico para los TEL de las distintas Comunidades Autónomas.

Métodos: 1. Se crea un grupo de trabajo formado por cinco técnicos de laboratorio y el responsable de la Unidad de Calidad. 2. Se elabora una encuesta con siete preguntas cerradas y una abierta, en la que preguntaba sobre qué otros cursos deberían añadirse al programa. La encuesta se distribuyó entre los TEL de tres de los cuatro Hospitales de Bizkaia. 3. Se enviaron correos electrónicos a las federaciones españolas de técnicos sanitarios solicitando el programa docente de los Servicios Sanitarios de sus comunidades.

Resultados: *Encuestas:* Se recogieron 77 encuestas. 37 (48%) TEL conocían los cursos ofertados por la empresa. El tablón de anuncios fue el medio de comunicación más utilizado -16 (44%); 31 (89%) consideran que el número de cursos es insuficiente. Los temas son interesantes para 29 (83%) de los que respondieron. De los TEL que solicitan cursos -36 (78%) asistieron 22 (61%). En el año 2004 se celebraron tres de los cinco cursos del programa. Los cursos del programa mejor valorados fueron el "Comunicación de Trabajos" y "Virología". La "teoría" fue el aspecto mejor valorado en ambos cursos. Se añadieron 25 temas de posibles cursos en la pregunta abierta del cuestionario. El curso más solicitado fue de Parasitología -8 (32%); Bioquímica, Genética, Inmunología e Informática, con 5 (16%) le siguen en frecuencia. *Planes de formación:* se ha recibido información de los cursos de 4 comunidades autónomas (Valencia, Baleares, Aragón y Andalucía), del Plan de Formación del SERGAS (Galicia) y de Osakidetza. Los cursos específicos para TEL son muy diferentes en las seis comunidades.

Conclusiones: 1. Más de la mitad de los TEL no conocían la existencia de cursos de formación para la especialidad. Es menor aún el número de personas que tienen conocimiento del Programa de Formación de la Empresa. 2. El tablón de anuncios es el medio de comunicación más utilizado para la difusión de los Cursos, por lo que se mezcla con otros tipos de información, no existiendo un lugar apropiado que favorezca la participación en estos programas. 3. Menos de 2/3 de los TEL que solicitaron la participación en un curso pudieron asistir. Si a este dato le añadimos que dos cursos (40%) no se celebraron, se concluye que la probabilidad de asistir es muy baja.

COMITÉS TÉCNICOS ASESORES EN LA ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES DE LA AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA

A.M. Almuedo, M.J. Castro, R.M. Fernández, M. Ceballos, J.P. Oliva y A. Delgado

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

C-122

Palabras clave: Competencias, acreditación, profesionales.

Dentro del Programa de Acreditación de Profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía es una herramienta imprescindible la definición de los Mapas de Competencias por categoría profesional y/o especialidad. Los Comités Técnicos Asesores son grupos de expertos cuya función es la de asesorar en la unificación y estandarización de los Mapas de Competencias y en el diseño del proceso de acreditación, aportando su experiencia y las evidencias científicas relevantes en dicho diseño. Para garantizar la continuidad y operatividad de los Comités, los mismos se estructuran en Comités Permanentes por cada categoría profesional y Comités Técnicos Asesores por especialidad ó por los criterios de agrupación que correspondan dentro de cada categoría profesional. Los Comités están integrados por los componentes del correspondiente Comité Permanente y por profesionales expertos de distinta procedencia (Profesionales del Servicio Andaluz de Salud con actividad directa en los centros, de la Consejería de Salud, de las organizaciones profesionales,...); ocupándose del diseño de los programas de acreditación y de las actualizaciones periódicas pertinentes. En la actualidad se tiene ya experiencia en el trabajo con Comités Técnicos Asesores de diversas categorías profesionales como Medicina de Familia de Atención Primaria, Enfermería de Atención Primaria, Pediatría de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria y otros. La metodología de trabajo de estos Comités Técnicos Asesores, se ha caracterizado por ser un proceso dinámico, con inclusión de nuevas herramientas a medida que se detectaban posibilidades de mejoras de la misma. Se presenta dicha metodología de trabajo, así como los recursos que las distintas Áreas de la Agencia de Calidad pone a disposición de los Comités, para facilitar en la medida de lo posible su labor y rendimiento. Se exponen asimismo los resultados de un análisis llevado a cabo sobre el trabajo de estos primeros Comités y las conclusiones que de él se derivan.

DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE LOS MAPAS DE COMPETENCIAS PARA CARGOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA

M.D. Cruzado, J.M. Rivera, C. García, C. Cañizares, L. Fuentes e I. Jiménez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-124

Palabras clave: Competencias, gestión.

Objetivos: Identificar las similitudes y diferencias entre las competencias incluidas en los mapas de cargos intermedios de Enfermería.

Metodología: La confección de los mapas de cargos se realizó a través de tres grupos de trabajo independientes siguiendo la metodología habitual: Panel de expertos, lluvias de ideas y consenso. Para el análisis comparativo de los tres mapas (Subdirección, Jefes de Bloques y Supervisores), se contabilizaron las competencias comunes y diferentes, y todas ellas se compararon con el glosario del SSPA. Seguidamente se clasificaron en nucleares, genéricas de gestión y específicas de cada cargo.

Resultados: Del análisis de la totalidad de competencias de los mapas, 48 son de conocimiento, 52 de habilidades y 46 de actitudes. Entre las competencias distintas, 17 se repiten en los tres mapas. De conocimientos coinciden: Derechos y deberes de los usuarios, Metodología de Investigación, Metodología en gestión de procesos, Inglés básico, etc. Si nos centramos en las actitudes, en todos los mapas aparecen: Dialogante y negociador; Discreción; Flexible, adaptable al cambio y accesible; y Honestidad, sinceridad y sentido de la justicia; en cuanto a las habilidades: la Capacidad de ilusionar, incorporar adeptos y estimular el compromiso, el Trabajo en equipo o la Gestión del tiempo, coinciden entre otras. Competencias consideradas como imprescindibles para cualquier puesto de gestión, sólo se daban en alguno de los mapas, como la orientación al cliente, el conocimiento básico sobre gestión de recursos o el conocimiento en metodología de calidad.

Conclusiones: La Gestión por Competencias puede contribuir en forma significativa a la optimización de los recursos humanos. Debe ser estudiada, analizada, implementada y evaluada por especialistas, de manera que quede garantizado el adecuado manejo del procedimiento. La metodología utilizada no asegura la inclusión de algunas de las competencias que se requieren en la organización: Consultar a los profesionales es necesario pero no suficiente. La propia empresa debe definir al menos, aquellas competencias consideradas como institucionales y/o genéricas de los cargos referidos, e incluirlas dentro de los estándares para facilitar el conocimiento y capacitación de las personas que los ocupan.

CONSEJO MÉDICO PARA PROMOVER EL ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO EN EL EMBARAZO: GUÍA CLÍNICA PARA PROFESIONALES SANITARIOS

O. García-Algar, S. Pichini, E. Castellanos, M. Riu, F. Cots y M. Casamitjana
Hospital del Mar. Barcelona.

C-123

Palabras clave: Embarazo, tabaco, guía clínica.

Estudios previos en nuestra población han revelado que una de cada tres mujeres son fumadoras en el momento de saber que están embarazadas. Tan sólo aproximadamente el 25% de ellas lo dejan y la mayoría de las que no dejan de fumar reducen su consumo en cerca de un 50%. No obstante, alrededor del 70% vuelven a fumar durante el año siguiente al parto. Estrategias para dejar de fumar en el embarazo: 1. *Consejo para dejar de fumar.* La intervención educativa sobre el tabaquismo en la atención prenatal no sólo forma parte del conjunto mínimo de informaciones relativas a los hábitos de salud, sino que existen evidencias suficientes de que puede aumentar la proporción de mujeres que se mantiene sin fumar en el posparto. 2. *Terapia sustitutiva.* Hay que destacar que el riesgo de mantener el consumo es obviamente mucho mayor que el debido a la terapia sustitutiva ya que asocia la nicotina y un gran número de otros productos tóxicos. Por lo tanto, la terapia sustitutiva se puede iniciar después de una valoración del riesgo/beneficio. Justificación e importancia de una intervención de consejo para dejar de fumar específica para el embarazo: a. El consejo para dejar de fumar es eficaz para favorecer el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo y, sobre todo, después del mismo. b. Se ha demostrado en otras intervenciones preventivas que el embarazo es una época de especial "sensibilidad" y "receptividad" para los consejos de salud. c. Los riesgos que se pueden prevenir con el abandono del hábito tabáquico durante el embarazo y después de él son muy importantes y se refieren a 3 etapas vitales distintas: (a) El abandono del consumo durante el embarazo disminuye la exposición del feto al tabaco, que es la que tiene mayores consecuencias perjudiciales sobre el feto, el recién nacido y el niño en un futuro. (b) El abandono del consumo después del embarazo disminuye la exposición posnatal del niño. (c) El abandono del consumo después del embarazo disminuye la exposición de la propia madre. Guía clínica para favorecer el abandono del consumo de tabaco durante el embarazo Su objetivo es proporcionar a los profesionales sanitarios una herramienta válida para intervenir y combatir la dependencia del tabaco en las mujeres, especialmente durante la gestación, llevando a cabo actuaciones breves durante las visitas rutinarias de control del embarazo. Se incluyen además recomendaciones específicas sobre la terapia farmacológica para dejar de fumar y el tratamiento sustitutivo aplicables en el embarazo.

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES: NUESTRA EXPERIENCIA ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION

A. Ibiricu, L. Ríos y M.J. Bueno
ABS Cambrils. Tarragona.

C-125

Palabras clave: Evaluación, competencias, atención primaria.

Objetivo: Desarrollar metodología de evaluación de competencias profesionales que recoja los aspectos relevantes de las capacidades técnicas y motivacionales.

Metodología: Se diseña un documento donde se recogen los ítems siguientes A) Definición de ámbitos de competencias comunes para todos los profesionales: 1) Prevención y Promoción de la Salud Educación Sanitaria, Atención Comunitaria, Actividades Preventivas Específicas. 2) Procedimientos y Protocolos Procesos crónicos, Pediatría, Actuación Urgente, Circuitos y Normativas. 3) Asistencia sanitaria en situaciones específicas Duelo, Paliativos, Atención al Inmigrante, Anticoagulación oral. 4) Habilidades técnicas Conocimientos y aplicación de técnicas con precisión y seguridad. 5) Comunicación/relación con el usuario Aspectos relacionados con la efectividad en la comunicación y la empatía. 6) Trabajo en equipo y relación interprofesional Habilidades de comunicación con el resto de profesionales del centro y aptitud de trabajo en equipo. 7) Formación, Investigación y Docencia. 8) Ética, valores y legislación Conocimientos/aptitudes en relación de ética asistencial y valores. B) Definición para cada tipo de profesional de las habilidades técnicas específicas: Médico de Familia (MF): Cirugía menor, Toraco-paracentesis, etc.; Enfermeras (DUE): Extracciones, electrocardiogramas, venoclisis, etc.; Auxiliar de clínica (AC): esterilización, inmovilización, etc. Definición de 4 niveles de competencia: A) Nivel adecuado, B) Nivel con déficits leves, C) Nivel con déficits importantes y D) Nivel incompetencia. Plan de actuación: Detección de déficits de competencia y actuación pactada con el profesional para la mejora de la competencia con déficit o incompetencia.

Resultados: En Diciembre 2004 se evaluaron siguiendo esta metodología un total de 14 MF, 12 DUE y 2 AC. Se planificó para este año la formación pactada con los profesionales que consistió en las actividades formativas: Formación para Formadores, Atención al Dolor, Evaluación Geriátrica, Metodología Investigación, Interpretación ECG, Ofimática.

Conclusiones: Disponer de una herramienta de evaluación de competencias profesionales nos ha servido para: Determinar privilegios de profesionales específicos en los diferentes ámbitos de habilidades técnicas: anticoagulación oral, espirometrías, etc. Posibilitar la comunicación de los profesionales con los coordinadores. Programar planes de formación pactados según las necesidades detectadas.

TRABANDO LO EMOCIONAL: "LOS DESAYUNOS DE LA NUEVE"

M.A. Fernández, C. Rodríguez, F. Esteban, M.L. Illescas, J.C. García y R.M. Fernández
Dirección Gerencia Área 9 AP.

C-126

Palabras clave: Director de Equipo, Atención Primaria, clima laboral.
Objetivos: 1. Crear un espacio de reflexión con los Directores de los Equipos, para compartir las creencias/valores que sustentan la forma de "hacer" de la Dirección-Gerencia en relación con el desempeño diario. 2. Generar un lenguaje común no solo en el aspecto nominal de las palabras, sino en el significado atribuido a las mismas. 3. Desarrollar una experiencia de grupo entre los Directores, que pueda ser reproducida en los distintos equipos que ellos dirigen.

Metodología: Antecedentes: "Entre lo emocional y lo racional: Clima laboral y trabajo por procesos". Bajo éste epígrafe se encuadran dos de las líneas de trabajo prioritarias que la Dirección-Gerencia del Área 9 de Atención Primaria de Madrid se ha marcado para el año 2004-5. En relación con lo emocional/clima laboral, la figura del Director de Equipo es considerada por los profesionales y por la Dirección-Gerencia una pieza clave para el desarrollo del Trabajo en Equipo y de la Comunicación. Son estos dos aspectos, los que a juicio de los profesionales, inciden más en la percepción que ellos tienen del clima laboral. En Noviembre del 2004 se iniciaron reuniones con los Directores de los 22 Equipos del Área. Se han constituido tres grupos coordinados cada uno de ellos por su Subdirector correspondiente. Un segundo Subdirector actúa como observador. La periodicidad de las reuniones es mensual, su duración de 2 h- 30 mn aproximadamente. Los temas elegidos a debate guardan relación con las líneas de trabajo que se ha marcado la Dirección- Gerencia para éste año: Clima Laboral y Trabajo por Procesos. La reunión se inicia con un "Desayuno". Se concluye con una síntesis de aquellos aspectos que los Directores consideran mas relevantes y aplicables para su trabajo.

Resultados: Se están manteniendo las reuniones y existe un calendario estructurado. El número de reuniones realizadas han sido seis. A las reuniones asisten todos los directores. Los subdirectores elaboran un resumen con las ideas / reflexiones producidas. Los directores expresan su satisfacción con esta actividad.

Conclusiones: Tenemos un modelo consolidado de intervención con los directores de equipo para trabajar los aspectos de su función relacionados con los factores emocionales que influyen en el clima laboral.

CURSO EFQM ON LINE

P. Herrera, E. Martínez, A. Noriega, A.R. Díaz, M. Rodríguez y A. Alzueta
Hospital Sierrallana.

C-127

Palabras clave: Competencias. Formación. On-line.

Objetivos: Desarrollar competencias básicas de los profesionales en el Modelo E.F.Q.M. Crear nuevos entornos de aprendizaje centrados en el alumno.

Metodología: Coinciendo con el 2º ejercicio de autoevaluación del Hospital Sierrallana, se diseñó un curso para sensibilizar al mayor número posible de trabajadores en el Modelo de Gestión de la Calidad Total. El Curso de 30 horas fue acreditado por la Comisión Nacional de Formación Continuada. Combina una sesión presencial, con la presentación on-line de 8 temas agrupados en cuatro módulos teóricos. Mediante conexiones personalizadas con usuario y contraseña, y a través de la INTRANET local del Hospital, ERUDINET, se puede acceder a las Aulas virtuales, donde se van colocando, según las fechas previstas, los contenidos teóricos y pruebas de conocimiento establecidas. Existe una dirección de correo dirigida al Servicio de Informática, con objeto de aclarar dudas o problemas que surjan en el uso del soporte informático habilitado y direcciones de correo, dirigidas a los profesores, como soporte al foro. Al finalizar cada bloque se realizará una prueba de evaluación. Una vez superados los diferentes módulos cada alumno debe presentar un trabajo práctico basado en la detección de 2 oportunidades de mejora en su lugar de trabajo. Toda la documentación utilizada se entrega al finalizar el curso en formato cd.

Resultados: Entre el 18 de octubre y el 19 de diciembre se celebró el curso, con un número de alumnos que fluctuó a lo largo del mismo entre los 110 iniciales y los 88 que finalizaron. Los participantes están adscritos a los dos Hospitales y a la Atención Primaria del Área de Salud, y representan a todas las categorías profesionales existentes. Durante el Curso se han realizado una media de 36,6 conexiones por alumno. Sobre 10, el interés del Curso obtiene una puntuación 8,35, la organización un 9,06, y sobre el interés en repetirlo un 8,03. En relación con la herramienta, el método obtiene una puntuación de 9,14, la facilidad de uso 9,31 y el funcionamiento 8,86. Se han detectado 3 oportunidades de mejora en relación con el desarrollo del Curso, y 60 en el entorno laboral habitual de los alumnos a través de los trabajos prácticos.

Conclusiones: La formación on-line se convierte en una alternativa adaptada a las necesidades de tiempo y de trabajo del personal, que nos ha ayudado a conseguir una sensibilización del Modelo EFQM entre un amplio número de trabajadores. El trabajo práctico es en una importante fuente de detección de oportunidades de mejora.

EVALUACIÓN PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL

M.D. Cruzado, C. García, J. Rivera, C. Valverde, M.J. Alonso y M.C. González
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-128

Palabras clave: Evaluación, Desempeño, Competencias.

Introducción: La evaluación es una fase indispensable para el desarrollo profesional. Este proceso, recoge los datos sobre el desempeño, permite la identificación de necesidades de capacitación y contribuye a la formación y el despliegue de las competencias requeridas.

Objetivo: Analizar las puntuaciones y comentarios recogidos en la EDP de los profesionales de Enfermería del HUPM.

Metodología: El análisis se efectúa sobre la totalidad de las evaluaciones realizadas a los profesionales de la Dirección de Enfermería. El instrumento utilizado ha sido el registro oficial determinado por el SSPA en el que se valoran la capacidad de trabajo en equipo, el aprendizaje y mejora continua, la orientación a resultados y la orientación al usuario. Además de las puntuaciones obtenidas en estos 4 apartados, se analizan los comentarios realizados en Aspectos Destacables y/o Mejorables, Plan de desarrollo y Observaciones. Los datos han sido analizados en el programa SPSS.

Resultados: En la mayoría de los registros correctamente cumplimentados, aparece mayor cantidad de comentarios sobre los aspectos destacables del profesional, haciendo alusión a la capacidad de trabajo en equipo, la orientación al usuario, los conocimientos y la experiencia. En más de la mitad no se recogen aspectos mejorables de ningún tipo. Entre los aspectos mejorables destaca con diferencias la formación y la implicación en los objetivos de la Unidad. El Plan de desarrollo hace alusión a los aspectos mejorables recogidos, tan sólo en la mitad de los apartados cumplimentados. En un tercio de los registros la recomendación es realizar algún curso sin especificar materia o contenidos. En otro volumen parecido de registros ni siquiera se cumplimenta el plan de desarrollo individual.

Conclusión: La razón de aplicar un instrumento de evaluación es que asegure, que la proyección en el proceso de mejora del desempeño sea continuo. Es imprescindible identificar los aspectos mejorables haciendo uso de indicadores tangibles y pactar los planes de desarrollo con el propio evaluado, evitando caer en errores de indulgencia o similitud. Cuanto más confianza tenga el profesional en la integridad e imparcialidad de la evaluación tanto mayor será su participación y su actitud hacia el progreso.

MESA 17

Gestión por procesos (III)

C-130

ANÁLISIS DE MARGEN DE ACTIVIDAD EN UN MODELO INTEGRAL DE GESTIÓN POR PROCESOS

C. Emparan, J. Lacabex y B. Salazar

Dirección Gerencia. Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

Palabras clave: Gestión por procesos, ISO 9001:2000, Actividad económica.

Introducción: la Fundación Hospital Calahorra desarrolló durante el período 2003-2004 un modelo integral (asistencial y de soporte) de procesos (ISO 9001:2000).

Objetivos: Valorar el impacto que tiene la sistemática de gestión de procesos sobre los márgenes de actividad económica y asistencial.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los indicadores económicos y asistenciales generados en cada uno de los procesos asistenciales (Consultas, Procesos Ambulatorios, Quirófano y Hospitalización) antes (2001-03) y después (2004-05) de implantar la sistemática de procesos. En cada proceso se analizaron los costes atribuidos a cada proceso siguiendo un esquema de contabilidad analítica, y un modelo retributivo basado en pago por GRD. Además, se valoró el impacto de mejora en los indicadores implicados (asistenciales, satisfacción y seguridad del paciente). Los dos períodos se compararon empleando un análisis multivariante, ($p < 0,01$ son significativas).

Resultados: Durante el período 2001-2002 se alcanzaron márgenes de actividad favorables (5-8%) siendo negativos en el año 2003 (2%). La estructuración de indicadores asistenciales del paciente sufrieron un deterioro significativo entre el período 2001-2003. La implantación de la sistemática de procesos en el 2004 permitió redistribuir el margen de actividad de cada proceso hasta alcanzar un margen positivo de un 14%, mejorar en las encuestas de satisfacción un 7%, y en los sistemas de seguridad ser evaluados con una mejora del 12%.

Conclusiones: El modelo de gestión integral de procesos permite: 1. mejorar los márgenes de actividad económica de cada uno de los procesos. 2. Incrementar la satisfacción y 3. Mejorar sistemas de seguridad del paciente.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA CODIFICADO DE ALERTAS ANESTESIOLÓGICAS" EN LA GESTIÓN DE RIESGOS PERIOPERATORIOS

M. Vila-Sánchez, R. Hernández-Carratalá, I. Alemany-Durá, I. Corbí-Cantó y T. Gallén-Jaime
Hospital General de Castellón.

C-000

Palabras clave: Riesgo perioperatorio, alerta anestesiológica. Los estudios epidemiológicos sistemáticos de morbilidad en el escenario perioperatorio ponen en evidencia el impacto negativo las actuaciones individuales pueden tener en un contexto de trabajo en equipo multidisciplinario como debe ser la medicina perioperatoria contemporánea. La etiología más frecuente resulta ser la falta ó inadequada comunicación entre los distintos protagonista, de forma que encadenando pequeños errores se puede alcanzar un desenlace fatal para el paciente y para el sistema sanitario. El anestesiólogo como pieza clave de articulación entre los distintos especialistas, posiblemente, sea la persona más idónea para detectar algunas anomalías. Nuestro servicio ha detectado una serie de posibles áreas de mejora vinculadas a procesos asistenciales ó patologías preoperatorias concretas cuyo conocimiento y detección precoz permite al resto de colaboradores asistenciales prever acciones, recursos etc... para su óptimo manejo con mínima ó nula morbilidad. Hemos diseñado "ad hoc" una serie de iconos de constitución modular de forma que todos tienen en común la leyenda alerta anestesiológica y que varía su contenido interior en función de la patología que se ha detectado. Vg: biocontaminado, vía aérea difícil, déficit colineserasa plasmática. En nuestra experiencia el "marcado" de la documentación clínica es una herramienta sencilla y eficaz que optimiza la comunicación y permite adoptar prevenciones.

INDICADORES DE GENERACIÓN DE RESIDUOS Y CONTAMINANTES BASADOS EN UNIDADES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA (UCH) O CAMA/DÍA

C. Emparan, M. Dewisme, R. Arrechea, I. Muñoz y A.C. López
Dirección Gerencia. Fundación Hospital Calahorra. La Rioja.

C-131

Palabras clave: Gestión por procesos, ISO 14000:2004, Indicadores.

Introducción: La Fundación Hospital Calahorra desarrolló durante el período 2003-2004 un modelo integral de gestión ambiental (ISO 14000:2004 y EMAS) basándose en criterios de actividad hospitalaria no tradicionales como la producción de UCHs.

Objetivos: Valorar la utilidad de indicadores de actividad hospitalaria (UCHs) o los tradicionales de ocupación en Hospitales con modelos "empresariales" de gestión de procesos.

Material y métodos: Análisis retrospectivo (2001-2005) de los residuos y contaminantes ambientales generados por el Hospital empleando modelos de ocupación (fijos) o de actividad hospitalaria (UCH). Se analizó de forma temporal la generación de cada uno de los residuos y contaminantes ambientales empleando dos indicadores distintos (divisor: UCH u ocupación de camas Hospitalarias). Para el análisis estadístico se empleó un modelo MANOVA con significación $< 0,01$.

Resultados: A pesar de haber implantado en el 2002 un embrión de gestión de calidad ambiental los índices de gestión ambiental basados en ocupación por cama fueron progresivamente empeorando durante el período analizado debido a un incremento neto de la actividad hospitalaria (por case-mix) superior al 8% anual. El análisis de la producción de residuos basado en una actividad hospitalaria real (UCHs) permitió evaluar una disminución de residuos en proporción a la actividad desarrollada con una diferencia entre ambas curvas evolutivas de $p = 0,00032$.

Conclusiones: El modelo de análisis de indicadores ambientales basados en actividad asistencial permite: evaluar de forma objetiva el impacto de las medidas ambientales basado en la "verdadera" actividad desarrollada por el Hospital.

ESTRATEGIA PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN UNA ORGANIZACIÓN SANITARIA: EJEMPLO PRÁCTICO

A. Audicana, A. Yoller, E. Elizagárate, M. Estébanez, F. Murua y R. Sánchez
Hospital Psiquiátrico y salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

C-132

Palabras clave: Gestión por Procesos, Norma ISO 9001:2000, calidad.

Objetivos: Describir y validar un sistema de gestión por procesos en el HPS-MEA basado en la Norma ISO 9001:2000, con el fin de obtener una gestión estandarizada del proceso asistencial en todas las Unidades del centro. El sistema descrito es único para toda la organización, facilitando la coordinación entre las Unidades, asistenciales y de apoyo, contribuyendo a satisfacer mejor las necesidades de los pacientes.

Metodología: 1) *Planificación y diseño del sistema de gestión de la calidad:* a) Descripción e implantación del proceso de planificación estratégica y mejora continua. b) Diseño y aprobación del mapa de procesos del hospital: Se incluyen, distribuidos por niveles, todos los procesos, subprocesos y actividades. c) Diseño y aprobación de la documentación que soportará el sistema: Manual de Calidad, Ficha de procesos y Plan de gestión de los procesos (Contrato de gestión clínica en el proceso asistencial). 2) *Pilotaje del sistema:* Implantación en dos procesos de apoyo y dos procesos asistenciales, modelo para el resto de los procesos. 3) *Validación del sistema por doble evaluación externa:* Auditoría de certificación y Evaluación externa según modelo EFQM.

Resultados: 1) Sistema descrito, implantado y evaluado en cuatro procesos modelo: Gestión de recursos, Apoyo técnico, Proceso asistencial al paciente crónico y Proceso asistencial al paciente subagudo. 2) Completados dos ciclos de revisión (2003 y 2004): Se obtienen conclusiones sobre eficacia del proceso asistencial y seguridad de pacientes: Disminución tasa de reingresos, Inversión de tendencia en la tasa de agresiones (entre otros indicadores). 3) Sistema de gestión por procesos validado externamente: Certificación ISO 9001:2000 y Q de oro (> 500 puntos en el modelo EFQM).

Conclusiones: 1) El sistema garantiza una gestión de los procesos a todos los niveles coherente con la Política y Estrategia de la organización: Los planes de gestión de los procesos derivan del plan de gestión del hospital y son aprobados por la dirección. 2) Los procesos superan la organización tradicional: es multidepartamental y multidisciplinar. 3) El sistema permite evaluar la eficacia y seguridad del proceso asistencial. Del análisis de resultados en la revisión del sistema se derivan acciones de mejora: Descenso de Incidencias en medicación y Prevención de fugas. Elevada implicación de las personas: Asignación de responsabilidades en los procesos > 75% del personal. El contrato de gestión garantiza incentivos al cumplir objetivos.

DE LA CERTIFICACIÓN A LA EXCELENCIA EN LOS SERVICIOS DE SOPORTE DIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL DE TERRASSA (CSDT)

A. Salas y R. Ruiz
Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa.

C-133

Palabras clave: Procesos, indicadores, excelencia.

La política estratégica del Consorcio Sanitario de Terrassa (CSDT) está dirigida hacia la calidad total de la organización, y se ha considerado que la gestión por procesos utilizando como base las normas ISO de la serie 9000:2000, podría ser una primera etapa para una serie de servicios integrados en distintas Direcciones de Ámbitos. Se decidió que en la Dirección de Ámbito de Servicios de Soporte constituida entre otros, por los servicios de: Anatomía Patológica, Farmacia, Análisis Clínicos y Radiología, se implantara un modelo de gestión de la calidad que contemplase los requisitos de la norma ISO 9001:2000 para solicitar su certificación, con un Manual de la Calidad, Manual de Procesos y una serie de procedimientos de la calidad generales, comunes para estos cuatro servicios y que además, tuviese presente el camino hacia la mejora continua contemplado en la norma ISO 9004:2000 que incluye numerosos principios de excelencia empresarial y el modelo de excelencia europeo EFQM. En la actualidad se ha certificado el Servicio de Análisis Clínicos por AENOR (ER-1219/2004), se están implantando procesos de mejora y una serie de indicadores relacionados con los resultados claves (productividad, demanda y costes) y reforzando los aspectos para trabajar sobre prácticamente la totalidad de los criterios del modelo EFQM. Se está trabajando en el desarrollo e implantación del sistema de calidad del servicio de Farmacia, se ha hecho el diagnóstico del servicio de Radiología y en breve se iniciará el desarrollo en el servicio de Anatomía Patológica. La mayoría de los procesos e indicadores son comunes (estratégicos y de soporte) diferenciándose solo en algunos procesos operativos, pudiéndose utilizar un único Manual de Procesos y el mismo Manual de la Calidad. Todos los procedimientos generales de gestión de la calidad (auditorías, no conformidades, etc.) son comunes. El agrupar estos servicios nos permite optimizar los recursos, poder utilizar la misma base de datos para explotación conjunta y poder adquirir herramientas comunes repartiendo costes. El tener presente el entorno global de futuro inmediato, esto es, un modelo de excelencia, hace que se desarrolle el modelo de calidad integrado para no duplicar ni infravalorar acciones, que todos los pasos sean aprovechables para el modelo de calidad total, todo esto es posible debido a que los distintos modelos de calidad están enfocados a procesos, son comparables, tanto en esquemas como en ciclos de mejora, son compatibles y complementarios.

CICLO DE LA MEJORA CONTINUA EN UN PROCESO ASISTENCIAL: REHABILITACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES SEVEROS DE LARGA EVOLUCIÓN

A. Audicana, A. Yoller, M. Estébanez, F. Murua, R. Sánchez y J. Muñoz
Hospital Psiquiátrico y salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

C-134

Palabras clave: Gestión de Procesos, REDER, Norma ISO 9001:2000.

Objetivos: Aplicar el ciclo de mejora continua según el modelo REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión) en un proceso asistencial hospitalario: Rehabilitación del paciente con trastorno mental severo de larga evolución con el fin de obtener, a partir del análisis de resultados del proceso, datos objetivos y establecer así acciones de mejora que aporten valor añadido a los pacientes.

Metodología: *Resultados esperados:* Se firma entre la dirección y el responsable del proceso un contrato de gestión clínica con los requisitos del proceso, los objetivos que debe alcanzar y los indicadores que medirán los mismos. *Enfoque:* Descripción del proceso en una ficha incluyendo: Misión, Alcance, Interacciones con otros procesos, FlujoGRAMA de actividades y responsables de ejecución y control. Los recursos humanos, materiales y de infraestructura se recogen en el contrato de gestión clínica como expresión del compromiso de la dirección. *Despliegue:* La implantación del proceso se evidencia mediante registros de actividad e incidencias. *Evaluación:* Se aplican las herramientas: Revisión del sistema por la dirección y Auditoría interna según la Norma ISO 9001:2000. *Revisión:* Tras el análisis de los resultados de la Evaluación se elabora un nuevo contrato de gestión clínica y se modifica si fuera necesario la ficha del proceso.

Resultados: Se ha completado el ciclo de la mejora continua en tres períodos: 2001-2002; 2002-2003; 2003-2004: 1. Se han cumplido los objetivos de eficacia de proceso: Se ha invertido la tasa negativa de altas. La tasa de reingresos por altas ha disminuido. La evolución de los pacientes sometidos a rehabilitación, medida como dependencia psíquica, ha sido positiva. 2. Cuando no se han cumplido los objetivos de seguridad de pacientes se han establecido acciones de mejora que han invertido las tendencias; actualmente están bajo control: Incidencias en la medicación, Tasa de úlceras y Tasa de accidentes. 3. Se han establecido acciones para corregir la tendencia en los objetivos de conflictividad: Prevención de fugas, Daños a objetos y Agresiones.

Conclusiones: 1) El sistema proporciona datos objetivos de los que se derivan acciones de mejora concretas. 2) El sistema no es burocrático: Se registra solo lo necesario para obtener resultados en función de los objetivos establecidos. Se eliminan registros que no aportan información válida. 3) Implicación de todos los estamentos profesionales, se asignan responsabilidades a Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador social, enfermeras y auxiliares.

ABORDAJE DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

I. Gallego-Camíña, J. Guajardo-Remacha, A. Capelastegui-Saiz, L. Uribe-Albizu, A. Chueca-Auria y S. Castelo-Zas
Hospital de Galdakao.

C-135

Palabras clave: Gestión procesos, Hospitalización.

Objetivo: Desplegar la Gestión por procesos al proceso de Hospitalización. Estabilizar el proceso, disminuyendo su variabilidad para conseguir el discurrir de una manera eficiente y eficaz.

Método: Utilización de técnicas cualitativas de consenso, a través de un grupo de trabajo compuesto por Facultativos de la especialidad de Neumología, Supervisora de enfermería, la Unidad de Calidad del Hospital y el apoyo de la Subdirección de Calidad (Osakidetza).

Resultados: Hemos constituido el manual del proceso de Hospitalización, que contiene la representación gráfica que lo contextualiza en el mapa del Hospital, interacciones (con entradas y salidas) y las características de cómo deben darse, así como el mapa funcional del servicio. De una visión macro descendemos a la ficha de proceso donde se define la misión, el equipo de proceso y su gestor, identificamos a nuestro cliente (paciente y/o acompañantes) y a sus requisitos, y analizamos la relación de colaboración que tenemos con nuestros Grupos de Interés. Se desarrolla la cartera de servicios y los legales. Para medir la eficacia del proceso, se han diseñado indicadores asociados a los atributos de la misión, a su vez alineados con los objetivos de calidad de Osakidetza y requisitos del cliente: efectividad, continuidad en la atención, adecuación, seguridad, accesibilidad, trato y condiciones hosteleras e información al paciente/acompañante. Además de estos indicadores, también hemos diseñado aquellos que nos miden las interacciones con mayor impacto en el proceso asistencial facilitando así una gestión más efectiva de las mismas. El proceso se compone de 3 subprocesos: SPR de Acogida del Paciente, SPR de Diagnóstico, Tratamiento y Control Evolutivo y el SPR de Alta del paciente. Para cada uno de los subprocesos se han identificado los requisitos, responsables y registros, así como indicadores operativos que miden el cumplimiento del objetivo de cada subproceso.

Conclusiones: 1) La implicación del personal facultativo y de enfermería en el trabajo de equipo, ha permitido el consenso y la adecuación de un proceso donde confluye la actividad asistencial, de una manera integrada entre dos estamentos tradicionalmente diferenciados, con las dificultades que ello conlleva. 2) La creación del proceso de Hospitalización (Neumología) en el Hospital, nos permitirá extender el modelo desarrollado al Proceso de Hospitalización de todo el centro, adecuando las especificidades de cada unidad mediante procedimientos logrando así la sistematización para todo el Hospital.

PROCESOS ORIENTADOS AL PACIENTE

S. Castelo-Zas, A. Chueca-Ajuria, M. Domínguez-Fernández, I. Gallego-Camiña, N. González-Ladislao y J. Guajardo-Requena
Hospital de Galdakao.

C-136

Palabras clave: Rediseño, Cliente, Interacciones.

Objetivo: Reorientar todos los procesos del hospital, certificados o en vía certificación, hacia un cliente común: el paciente.

Método: Tras varios años de trabajo en calidad a nuestras espaldas, y con algunos procesos ya certificados, el ciclo de mejora continua (PDCA) y un nuevo enfoque en nuestra política de calidad nos han llevado a reorientar los procesos abordados en el hospital.

Resultados: Inicialmente algunos de ellos tenían una orientación clara hacia el Facultativo, pero con este nuevo enfoque el Paciente pasa a ser el cliente principal, y los procesos destinatarios de las salidas, lo que podríamos denominar cliente interno, se identifican como interacciones (relaciones que un proceso determinado mantiene con otros procesos o que se establecen entre diversos subprocesos). En el rediseño también se ha introducido el concepto de Grupo de Interés, que engloba "las organizaciones o agentes que en algún momento de nuestro proceso pudieran colaborar, pero que no han sido identificados ni como interacciones ni como clientes de los procesos". Hemos clasificado estos grupos en: sistema sanitario, proveedores, instituciones docentes, personas y sociedad.

Conclusiones: 1. Este cambio de visión del paciente como cliente principal ha supuesto para el hospital el paso de una Gestión DE Procesos a una Gestión POR Procesos. 2. Ha ocasionado cambios en la estructura documental, dando más contenido al manual del proceso y a las características de entradas y salidas. 3. Algunos procesos han trabajado desde el inicio en su diseño según este enfoque, especialmente los de reciente abordaje, pero en otros casos, por ejemplo el "Proceso de Gestión de Pruebas Biológicas", ha supuesto una labor de rediseño, tanto del proceso como de la documentación, ya que se ha reemplazado al facultativo como cliente principal. Con esto se pretende conseguir una visión más global de aquellos procesos que no tienen una relación directa con el paciente, y que conozcan su impacto en el mismo. 4. La concepción del cliente interno como interacción ha hecho surgir la necesidad de definir y consensuar criterios de relación, lo que a corto plazo se espera repercuta positivamente en la comunicación interprocesal. En las reuniones de revisión del proceso (SPR-PDCA) se determinó la necesidad de gestionar las interacciones, el objetivo es medir el impacto de los procesos en el proceso asistencial. Para asegurar que se gestiona según lo reflejado en los procesos, disponemos de indicadores de interacción e incidencias asociadas a los procesos de apoyo.

MESA 18

Calidad Enfermería (III)

"SALUT A CASA": EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA EN UN ABS

R. Crespo, E. Gibert, I. Gil, Y. Lejardi, M. Parets y E. Zabaleta
EAP Gòtic. Barcelona.

C-000

Palabras clave: Enfermería, actividad, domicilio.

Introducción: El nuevo modelo retributivo del Institut Càtala de la Salut (ICS) introduce como elementos innovadores, entre otros, la carrera profesional y la consecución de objetivos previamente fijados. Anualmente se definen objetivos estratégicos con indicadores para evaluar actividades realizadas por los profesionales de los equipos de Atención Primaria (EAP). Además, los profesionales están inmersos en un período de acceso y evaluación de la carrera profesional, enmarcado en una política proactiva que potencia su desarrollo en la organización y posibilita la corresponsabilidad en los objetivos estratégicos de la empresa.

Objetivos: Evaluar la actividad de las enfermeras en "Salut a Casa" mediante: indicadores del contrato programa y las actividades que se enmarcan en el acceso a carrera profesional. Evaluar indicadores de resultados de algunas de las actividades.

Metodología: Estudio descriptivo en ABS urbano sobre población incluida en el programa Salut a Casa en el año 2004. **Mediciones:** Información administrativa: edad, sexo, visitas atdom. médico y enfermera, grupo diana. **Intervenciones:** valoración integral, proceso de curas de enfermería, valoración cuidador, valoración de riesgo de UPP. UPP desarrolladas en pacientes con riesgo valorado, intervenciones en cuidadores con sobrecarga. Se elaboró una base de datos que recogía información referente a los indicadores y se confeccionó una parrilla para registro.

Resultados: Se incluyeron 212 pacientes. En cuanto a las intervenciones para la valoración integral, se encontraron 72,6% pacientes con Barthel valorado y 70% con la valoración cognitiva. Revisado el proceso de curas de enfermería 20,3% con registro de valoración frente al 26,4% con proceso completo. Había identificados 88,7% cuidadores. Se valoró sobrecarga en 59,5% y 28,4% (31) presentaban claudicación, realizándose sobre ellos alguna intervención. Se gestionaron 5 ayudas a domicilio y 10 pacientes se institucionalizaron; 4 estaban en trámite y 10 rechazaron ayuda. La valoración del riesgo de UPP estaba registrada en 70,7% de los casos habiendo desarrollado UPP 39,6% de los pacientes con riesgo.

Discusión y conclusiones: La evaluación de los objetivos de carrera profesional de enfermería facilita el conocimiento de la actividad de la enfermera. Permite detectar deficiencias en relación a los resultados obtenidos sobre los objetivos y proponer mecanismos correctores para la mejora de la calidad asistencial.

INCIDENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

V. González, A. Carazo, H. Fernández, M. Cobo, V. Terán y A. Martín
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Palabras clave: Desnutrición. Incidencia. Evaluación.

Objetivos: Conocer la incidencia de pacientes que ingresan con riesgo de desnutrición. Conocer la incidencia de pacientes que sufren desnutrición durante la hospitalización. Establecer un procedimiento de detección de riesgo de desnutrición al ingreso del paciente.

Método: Estudio de incidencia de pacientes de riesgo de desnutrición y desnutridos al ingreso y de pacientes que desarrollan desnutrición durante la hospitalización. Realizado en una unidad de Medicina Interna del H. U. Marqués de Valdecilla. Población estudiada: todos los pacientes ≥ 75 años, ingresados desde el 1 de abril al 15 de mayo de 2005. Valoración del riesgo: Mini Nutritional Assessment (MNA). Si define el riesgo: obtención de valores bioquímicos (prealbúmina, albúmina, colesterol y recuento linfocitario) y parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, perímetro braquial y de pantorrilla) al ingreso y al 7º día de hospitalización.

Resultados: El número total de pacientes ingresados fue de 157 y la estancia media de 12,2 días. El número de pacientes ≥ 75 años fue de 103 (65,60%), de los cuales el 69% sufren riesgo de desnutrición según MNA. Las determinaciones analíticas en el momento del ingreso, indican que, según la albúmina, el 40,30% de los pacientes ya sufren desnutrición. La determinación analítica más sensible es la prealbúmina, ya que al segundo día del ingreso aporta evidencia del inicio de un cuadro de desnutrición. Finalizaron el estudio 41 pacientes de los cuales el 56,09% cumplieron criterios analíticos de desnutrición al séptimo día del ingreso, según la prealbúmina. Los parámetros antropométricos no son suficientemente sensibles al cambio en un plazo tan corto.

Conclusiones: El estudio de incidencia nos ha permitido conocer la relevancia del problema entendido como aspecto que precisa su incorporación a la dinámica de mejora de la calidad. Disponer de un procedimiento adecuado nos permite detectar los pacientes de riesgo de desnutrición. Su aplicación en la práctica asistencial diaria se concreta en el registro de la valoración del riesgo de desnutrición en la Hoja de Valoración de Enfermería al Ingreso, las determinaciones analíticas se estandarizan y registran en la Hoja de Enfermería de Administración de tratamientos y cuidados, así como las medidas de prevención establecidas por la Unidad de Nutrición del centro.

C-138

EVALUACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO PARA LA PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CUIDADOS ENFERMEROS

R. Molina, L. Angulo, P. Alcántara, E. Terol, Y. Morcillo y S. del Río
Hospital Comarcal de la Axarquía.

Palabras clave: Registros, Efectividad, Criterios de calidad.

Introducción: Las demandas que plantean los ciudadanos al SSPA, obligan a los servicios sanitarios y en concreto a los servicios de enfermería a adaptarse para dar respuesta a dichas necesidades. Esto ha llevado a implantar sistemas de registro que ayuden a prestar unos servicios de calidad. La implantación en el Hospital de la Axarquía de un sistema de registro para la planificación y seguimiento de los cuidados enfermeros permite valorar resultados cualitativos y cuantitativos, e identificar áreas de mejora.

Objetivos: 1. Evaluar Efectividad: Grado de cumplimiento de las normas básicas de calidad. 2. Valorar la mejora cualitativa del nuevo registro.

Metodología: 1. Definición de objetivos, criterios de normas de calidad y estándares. 2. Auditoría interna de historias clínicas realizada por enfermeras. 3. Observación descriptiva de registros cumplimentados por los mismos profesionales en el formato anterior y el actual. 4. Definición de Normas básicas de calidad en: a) Valoración enfermera, b) Intervenciones enfermeras, c) Informe de Continuidad de Cuidados y d) Educación para la Salud al alta.

Resultados: a) Auditoria: Número total de historias revisadas 144. b) % de historias que cumplen el criterio o norma básica de calidad: - 70% en pacientes pluripatológicos - 60% en pacientes con Diabetes Mellitus II - 80% en pacientes con fractura de tibia - 60% en pacientes con fractura de húmero - 80% en pacientes afectos de Pie diabético - 70% en pacientes ostomizados c) La función de valor del estándar se ha situado por encima de 7. d) Registros similares cumplimentados por los mismos profesionales, se observa que el nuevo registro refleja mejor y más fidedignamente la situación de los cuidados de los pacientes. Ha disminuido la variabilidad en la recogida de datos.

Conclusiones: Se ha producido un cambio cualitativo importante en el trabajo diario de los profesionales de enfermería. Ha aumentado la implicación de los mismos en el registro de los cuidados. Los primeros resultados cualitativos reflejan que la implantación del nuevo registro de enfermería ha constituido un avance en el registro de cuidados, hacia una mayor calidad en el servicio enfermero. El grado de satisfacción del análisis cuantitativo es bueno, estimando mejoras en los próximos ejercicios.

C-139

ESCALA HONOS SÍ Ó NO EN PSICOSIS REFRACTARIA PARA MEDIR LA EFICACIA DE NUESTRAS INTERVENCIONES

I. Alonso, I. Ramírez, B. Lizalde, A. Ortiz-de-Zárate, F. Aizpuru y R. Sánchez
Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: HonOS, Eficacia, Intervenciones Intensivas.

Introducción: La refractariedad al tratamiento de algunas psicosis produce que los pacientes requieran largas hospitalizaciones, y que el 40% de los pacientes con esquizofrenia refractaria al tratamiento supongan aproximadamente el 97% del gasto sanitario de la enfermedad, ya que precisan una serie de cuidados psiquiátricos intensivos con planes de trabajo específicos muy individualizados.

Objetivos: 1. Observar la eficacia de las intervenciones terapéuticas. 2. Determinar posibles factores relacionados con la mejoría de la evolución y proponer acciones de mejora si fuera necesario. 3. Validar la utilidad de la escala para una Unidad como la nuestra de Psicosis Refractaria.

Metodología: La escala HoNOS es un instrumento de evaluación corta, simple, aceptable por clínicos, sensible a la mejoría, de fiabilidad y compatibilidad reconocida con otras escalas, que permite comparar la evolución tras las intervenciones terapéuticas y evaluarlas, y puede contribuir a ajustar las necesidades de los pacientes a los recursos asistenciales. Se realiza una valoración exhaustiva a cada paciente, se establece un Plan Individual de Cuidados y se llevan a cabo en la Unidad 22 intervenciones terapéuticas intensivas. Se hace un estudio de tipo observacional y descriptivo, formado por la totalidad de la muestra, 93 pacientes en 3 años (2001-2004), con variables dependientes e independientes, y análisis estadístico de las variables continuas y categóricas, utilizando la T de student y la prueba no paramétrica de Wilcoxon.

Resultados: Tras la estancia en la Unidad y las intervenciones terapéuticas realizadas, se obtienen menores puntuaciones en la escala HonOS que las registradas al ingreso, lo que hace pensar que someter a los pacientes a intervenciones terapéuticas intensivas hace que tomen mayor conciencia de su enfermedad así como de la importancia del cumplimiento terapéutico. Los pacientes mejoran en cada una de las 4 áreas de la escala HoNOS: problemas conductuales, de deterioro cognitivo, clínicos y sociales. Es precisa la utilización de escalas adicionales que se adecuen más a estos pacientes.

Conclusiones: No se puede establecer la mejoría entre la escala HoNOS y los factores analizados en el estudio. Las intervenciones terapéuticas intensivas realizadas influyen conjuntamente con el resto de factores de forma positiva en la mejora de los pacientes, lo que nos lleva a seguir en esta misma línea de trabajo procurando siempre adaptar las intervenciones terapéuticas a las necesidades de los pacientes.

C-140

LA SEGURIDAD CLÍNICA EN EL MANEJO DE LAS BOMBAS DE INFUSIÓN DE ANALGESIA CONTROLADA POR EL PACIENTE (PCA)

F. Fontalba, A. González, I. Mota y A. Moya
Hospital Costa del Sol.

Palabras clave: Bombas de infusión, Seguridad clínica, Calidad.

Objetivos: Conocer el tipo de formación que reciben los enfermeros para el manejo de las bombas de PCA. Conocer el grado de normalización de la práctica enfermera en este tipo de bombas. Diseñar las medidas de mejora necesarias para alcanzar la máxima seguridad del paciente y aumentar la calidad del servicio, consiguiendo prácticas clínicas más seguras y cumpliendo con las directrices del II Plan de Calidad Andaluza.

Material y métodos: Se ha constituido un Equipo de Mejora formado por enfermeros del área de hospitalización quirúrgica, el bloque quirúrgico y la responsable de enfermería de COT. Considerando las distintas perspectivas de todos los componentes del grupo se ha realizado una encuesta de valoración que considera aspectos como la formación específica en el manejo de bombas de PCA, el grado de conocimientos sobre manipulación de bombas de analgesia del personal de las unidades quirúrgicas y posibles líneas de mejora al respecto.

Resultados: Los datos obtenidos de la realización de la encuesta demuestran lo siguiente: El 98% del personal de enfermería no recibe formación específica para el manejo de bombas de infusión; un 85% aprende a través de las explicaciones de otro compañero y un 15% de forma autodidacta. Un 90% del personal de enfermería encuestado afirman no conocer con seguridad el correcto manejo y funcionamiento de las bombas de infusión. No existe política revisada sobre el uso y manejo de las bombas de infusión.

Conclusiones: Es necesario: Normalizar las políticas de uso y manejo de las bombas de PCA. Plan de formación específico para profesionales de las áreas implicadas (bloque quirúrgico y área de hospitalización quirúrgica) Plan de formación para el personal de nueva incorporación (plan de acogida) Difusión de los eventos adversos detectados en sesiones clínicas periódicas entre profesionales de las áreas implicadas.

C-141

¿EL USO DE INDICADORES DE CALIDAD PUEDE MEDIR LA EVOLUCIÓN DE CUIDADOS ENFERMEROS?

C. Caamaño, J.R. Martínez, M. Alonso, M. Solís, B. Ayuso y A. Saínz
Hospital Puerta de Hierro.

C-142

Palabras clave: Indicadores de calidad; Registros de Enfermería.

Objetivo: Elaborar un documento que contenga una serie de indicadores enfermeros recogidos del sistema de información de la Unidad de Calidad para analizar su contenido, detectar ausencias importantes y adoptar medidas de ampliación y mejora.

Metodología: Generación de procedimientos de cálculo y presentación para expresar los valores de los indicadores posibles de obtener. Revisión de la filosofía y análisis de la gestión, referidos a cuidados enfermeros, para determinar un modelo óptimo de conjunto de indicadores. Valoración de la evolución en los últimos tres años.

Resultados: Se ha conseguido un cuadro de 42 indicadores de los últimos 3 años, clasificados en 8 grupos correspondientes a valoración de enfermería (4), plan de cuidados (4), informes de enfermería al alta (9), úlceras por presión (8), caídas de pacientes ingresados (3), sondaje vesical (5), conocimientos enfermeros sobre protocolos (6) y opinión de los pacientes (3). Los valores obtenidos permiten observar algunas tendencias en la evolución del funcionamiento de cuidados enfermeros, distinguiendo entre los que se mantienen estables, como la tasa de pacientes de riesgo que desarrollan u.p.p. (17,4%), los que presentan una variabilidad importante debida a causas externas, como la tasa de errores en conocimiento de protocolos que pasó de 18,7% en 2002 a 6,5% en 2003 y los que, siendo de reciente implantación, se van consolidando de forma discontinua, como pacientes que, cumpliendo criterios, tenían abierto el registro de plan de cuidados y que en el período 2003-2004 osciló de 63,6% a 97,6% en un grupo de 8 unidades de enfermería mientras que en el grupo de las 9 restantes pasó de 6,5% a 13,7%.

Conclusiones: Las ausencias de indicadores de gestión clínica eran previsibles debido a las características del sistema de información dirigido a estudios de calidad, pero hay otros indicadores de cuidados enfermeros que, estando protocolizados, debieran estar disponibles o, al menos, pendientes de automatización. Aproximadamente la mitad de los valores de los indicadores (22) están prácticamente estabilizados en el hospital y su seguimiento interno se realiza mediante gráficos de control. Se detecta la importancia de la información y motivación del personal de enfermería sobre el cumplimiento de los objetivos de calidad para que se mantengan dentro de unos límites razonables. Se observa la dificultad de implantación de nuevos procedimientos de calidad en alguna unidad de enfermería.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS. EVOLUCIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

R. Rodríguez, F. Carrón y J. Toro
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

C-144

Palabras clave: Continuidad de cuidados.

El Servicio Andaluz de Salud en el Contrato Programa para Hospitales 2001-2004, en el apartado de cooperación asistencial recoge: "el hospital enviará directamente (sin intervención del usuario) a las Zonas Básicas en un período menor de 24 horas los informes de alta (no manuscritos) de aquellos pacientes considerados como frágiles. A partir del año 1998 comienza en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba la puesta en marcha de un Informe de Continuidad de Cuidados. (ICC) del paciente, que asegurara la Continuidad de sus Cuidados. A lo largo de 5 años, dicho informe ha experimentado cambios trascendentales, comenzando con un impreso autocopiado hasta el actual informatizado. Todos los Informes de Continuidad de Cuidados se envían por correo electrónico o fax a la Enfermera de Enlace de cada Centro de Salud.

Objetivo: Estudiar la progresión del informe de continuidad de cuidados al alta del paciente.

Metodología: Para la comparación de resultados se determinó un indicador de calidad, el porcentaje de Informes de Enfermería al Alta contenidos en las historias de los pacientes – (nº de documentos existentes / nº de historias revisadas) x 100 -, incluido en la monitorización de indicadores de Enfermería. Igualmente se estudiaron los documentos remitidos a los Centros de Salud de referencia, usando como indicador el porcentaje de documentos enviados por fax y/o email – (nº de documentos enviados / nº de altas hospitalarias) x 100 -. Estudio transversal anual de evaluación del indicador.

Resultados: Los resultados del análisis de las historias clínicas e informes enviados a primaria son: un 37,5% y 58% respectivamente en el año 2002; 30,4% y 61,6% en el año 2003 y 36,7% y 56,3% en el 2004. En el Congreso presentaremos el análisis del primer semestre del presente año.

Discusión: Los resultados obtenidos recogen un aumento progresivo del ICC que es fruto de un amplio esfuerzo, basado en el convencimiento de que es un documento fundamental en la comunicación entre las enfermeras de los diferentes niveles asistenciales que garantiza la continuidad de cuidados y que disminuye la ansiedad del usuario y la familia al identificar a su enfermera responsable. En el año, 2004, los índices obtenidos se mantienen a pesar de que hubiese sido lógico pensar que la puesta en marcha de una nueva herramienta informática hubiera supuesto una importante bajada de los mismos.

APLICACIÓN DE PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA COMO ESTRATEGIA PARA LA MEJORA DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

C. Carrera-Manchado, F.J. Pérez-Rivas, E. Medrano-Monteagudo, C. Carretero-Sánchez, O. Arroyo-Jiménez y M.A. López-Blasco
Gerencia AP Área 11 Madrid. Centro de Salud Potes.

C-143

Palabras clave: Cuidados, Enfermería, Incumplimiento terapéutico.

La enfermera comunitaria o de familia atiende diariamente en la consulta un elevado nº de pacientes con patologías crónicas, en los que sistemáticamente valora el cumplimiento de la medicación prescrita. En la clasificación NANDA de diagnósticos de enfermería (DdE) existen tres diagnósticos relacionados con el Cumplimiento/Incumplimiento Terapéutico que la enfermera puede identificar.

Objetivo: 1. Conocer el perfil del paciente con medicación crónica. 2. Conocer la prevalencia de esos DdE y la efectividad de la intervención de enfermería en la resolución de estos problemas.

Metodología: *Ámbito y período de estudio:* Centro de Salud Potes. Área 11 AP Madrid. Ene/Dic 2004. *Tipo de Estudio:* Descriptivo Transversal. *Población:* Pacientes incluidos en programa de medicación crónica de seguimiento en consulta de enfermería. Muestreo aleatorio sistemático (NC: 95%, e = 0,10%). *Proceso:* Revisión de H^oC^a informatizada (OMI-AP). *Análisis estadístico:* Programa SPSS 11.6 (Distribución de frecuencias y Porcentajes).

Resultados: Se revisaron 50 historias de los 155 pacientes incluidos en programa. Perfil del paciente incluido en programa de medicación crónica: Mujer (66%), con una edad media de 61 años, con pluripatología (HTA: 60%; DM: 32%; HLP: 26%; Obesidad: 48%; Depresión: 18%), que consume una media de 4 fármacos al día (6 comp/día), repartidos en 2 o 3 tomas (78%). En el 33% de los pacientes se realizó algún cambio de tratamiento en el período evaluado, realizándose en el 56% de los casos más de 3 cambios. El número de visitas por paciente/año fue de 12 (7 a la consulta de enfermería y 5 a consulta médica). Planes de Cuidados relacionados: En el 30% de las historias revisadas constaba un diagnóstico de Incumplimiento: Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal (80%) e Incumplimiento de Tratamiento (20%). Las 3 intervenciones enfermeras más realizadas fueron: Asesoramiento (32%), Derivación al médico (32%) y Modificación de la conducta (29%). En el 56% de los casos el problema consta como resuelto en la historia en el período de estudio tras la intervención enfermera.

Conclusiones: El incumplimiento terapéutico es una situación frecuente que impide que los pacientes se beneficien del tratamiento prescrito y que la enfermera puede detectar en la consulta de seguimiento de pacientes con patología crónica. La intervención de enfermería, es un elemento clave y eficaz para mejorar y reforzar cualquier indicación e información sobre medicamentos (promoción del autocuidado) como parte de la atención integral a estos pacientes.

INDICADORES DE CALIDAD EN EL ICTUS: EVOLUCIÓN ENTRE SITUACIONES ASISTENCIALES

C. Sánchez, S. Lorenzo, M. Barón, J. Pardo, L. Vela
y J.A. Pareja
Fundación Hospital Alcorcón.

Palabras clave: Indicadores de calidad. Ictus.

Objetivo: Analizar la situación de algunos indicadores de calidad en el ictus definidos por la Joint Commission y su evolución según la modalidad asistencial de atención en pacientes con ictus en nuestro hospital a través del informe de alta en la historia clínica electrónica (HCE).

Métodos: Estudio retrospectivo de revisión de utilización a partir de la evaluación de los informes de alta en HCE para evaluar la asistencia prestada en nuestro centro en tres situaciones organizativas diferentes en una misma patología. Se recogieron datos de pacientes con diagnóstico ictus durante tres meses consecutivos en tres situaciones asistenciales: *Grupo 1 (MI):* atendidos por Medicina Interna, octubre-diciembre 2001; *Grupo 2 (MI-NRL):* enero-marzo 2003; atendidos por Medicina Interna con la colaboración de Neurología como interconsultor; *Grupo 3 (NRL):* octubre-diciembre 2004, atendidos por Neurología. **Datos recogidos:** edad, sexo, tratamiento al alta, exploraciones realizadas, diagnósticos y estancia. **Indicadores seleccionados:** 1. antitrombóticos al alta; 2. anticoagulación en FA; 3. tratamiento con fibrinolíticos; 4. perfil lipídico, 5. educación al alta; 6. abandono de tabaquismo; 7. rehabilitación.

Resultados: *Resultados obtenidos:* MI 79 pacientes, MI-NRL 100 pacientes, NRL: 49 pacientes. *Indicador 1:* MI 93%; MI-NRL 81%; NRL 73%. *Indicador 2:* MI 43%; MI-NRL 33%; NRL 57%. *Indicador 3:* MI 0%; MI-NRL 0%; NRL 0%. *Indicador 4:* MI 80%; MI-NRL 90%; NRL 80%. *Indicador 5:* MI 0%; MI-NRL 0%; NRL 0%. *Indicador 6:* MI 55%; MI-NRL 40%; NRL 0%. *Indicador 7:* MI 29%; MI-NRL 33%; NRL 38%.

Conclusiones: Los informes de alta en la HCE permiten realizar revisión de utilización de algunos aspectos de la asistencia claves para evaluar la asistencia que prestamos. Así mismo, permiten comparar grupos de pacientes similares en diferentes condiciones y a lo largo del tiempo. Los indicadores seleccionados son capaces de detectar diferencias entre distintas situaciones, pero son necesarios nuevos trabajos para mejorar su definición y adecuación.

MESA 19

Calidad científico-técnica (III)

PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN EL DISEÑO DE UN ÍNDICE SINTÉTICO DE CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN

C-145

I. Fernández, A. Mataix, A. Rodríguez, M.J. Alcaraz, M.S. Zuzuáregui y J.J. Muñoz

Servicio de Farmacia. Área 11 Atención Primaria.

Palabras clave: Índice sintético, prescripción, calidad.

Objetivo: Diseñar un índice sintético (ISQ) que permita monitorizar la calidad de la prescripción farmacéutica evaluando un solo valor numérico.

Métodos: *Ámbito:* 42 EAP de Atención Primaria de un Área de Salud con 800.000 habitantes. *Fuente de datos:* Farm@drid. Se creó un grupo de trabajo de ISQ (10 médicos de familia y 3 farmacéuticos). Se definieron las áreas terapéuticas de interés y los indicadores de calidad (icp) a incluir en cada área. Se ponderaron las áreas empleando la matriz de Saaty, valorando 4 criterios seleccionados por consenso: prevalencia de la patología, volumen de trabajo, valoración subjetiva y política del Área. Se ponderaron los icp por consenso. Se asignaron las puntuaciones, utilizando un sistema de puntuación continua.

Resultados: Se consideraron 7 Áreas Terapéuticas: general (22 puntos), cardiovascular (25), digestivo (12), Sistema Nervioso Central (9), respiratorio (8), osteomuscular (15) y antibioterapia (9). Se incluyeron 15 icp. Los valorados con mayor puntuación fueron: % EFG (15), % Omeprazol/IBP (12) y % AINEs de elección (10). Los alcanzados para cada icp se transformaron en puntos (máximo: 100), obteniéndose un ISQ por EAP y por CIAs que se remiten periódicamente a los facultativos. Se construyó un ranking clasificando los EAPs según su valor de ISQ, considerando 4 rangos: del valor mínimo al percentil 25, del 25 al 50, del 50 al 75 y del 75 al valor máximo. El promedio del ISQ de los EAPs del Área durante el 2004 fue de 51,1. Se observó una gran variabilidad del ISQ para los diferentes EAPs, oscilando entre 69,83 y 36,71. Sería de interés plantear como áreas de investigación la evaluación de la estabilidad en el tiempo de las ponderaciones asignadas por los profesionales del Grupo de Trabajo y su comparación con las puntuaciones otorgadas por otros facultativos.

Conclusiones: La elaboración de un ISQ: a) Permite disponer de un único indicador para monitorizar la calidad de la prescripción farmacéutica. b) Facilita la priorización de objetivos relacionados con el Uso Racional del Medicamento por los EAPs. c) Permite establecer un ranking y realizar comparaciones entre diferentes EAPs y facultativos. Para el diseño de un ISQ es fundamental contar con la participación de los facultativos.

CALIDAD ASISTENCIAL EN LAS URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ¿CUESTIÓN DE NECESIDAD O DE GERENCIA?

M. Andrés, M. García-Ribes, M.C. Magdalena y J. Castillo
CS Cotoñino (Castro Urdiales).

Palabras clave: Primary care, Quality control, Emergency service.

Introducción: La calidad asistencial en los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) viene determinada por la dotación instrumental y humana de los servicios y la formación del personal, lo cual es especialmente importante ante el tratamiento de las urgencias vitales. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la calidad asistencial de los SUAP de una comunidad autónoma a lo largo de un año, así como los factores que la modifican.

Material y métodos: Se evaluaron los 25 Centros de Salud de nuestra comunidad que cuentan con SUAP. Mediante visita no concertada y aplicando un cuestionario original se recogió información acerca de la dotación instrumental y humana del servicio. Se repitió la evaluación de los SUAP un año después de haber informado a la gerencia de los resultados.

Resultados: La dotación media de los SUAP analizados solo cubre el 38,83% de los requerimientos mínimos recomendados, 4 puntos por debajo del año anterior. Observamos una importante mejoría en lo que respecta a la distribución del material pero no así en su cantidad y calidad. Parece que el número de urgencias atendidas así como la gravedad de estas es el principal factor determinante en la calidad de la dotación de estos servicios.

Conclusiones: La dotación de los SUAP del área estudiada presenta importantes carencias. Mientras que la influencia de la gerencia en la dotación y formación, así como la ubicación y accesibilidad del SUAP no es significativa, las características de la demanda sí lo son.

REINGRESO EN UCI. ANÁLISIS DE SU INCIDENCIA Y RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD

A. Carrillo, M. Parraga, A. Renedo, J.M. Sánchez, J.C. Pardo y S. Botías
Hospital J.M. Morales Meseguer.

Palabras clave: Reingreso, Morbimortalidad.

Introducción: La mortalidad del paciente ingresado en UCI es mayor que la de las plantas de hospitalización. La tasa de reingresos de pacientes dados de alta previamente a planta ha sido considerada como un indicador de resultado de calidad asistencial y además podría relacionarse con el pronóstico de los pacientes.

Objetivo: Analizar la relación entre reingreso en UCI y la morbimortalidad final de los pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio de cohortes prospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI, entre 1995 y 2004. Se estudian variables demográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm DE, y las cualitativas mediante porcentajes. La comparación entre variables se ha realizado mediante prueba de T de Student y J₁₂ de Pearson. Todos los análisis se han realizado a dos colas, con un nivel de significación de $p < 0,05$. Las variables que se relacionan significativamente con la mortalidad hospitalaria se introdujeron en un modelo multivariante.

Resultados: Durante el período ha habido 9.349 pacientes ingresados en UCI. Tras el traslado a planta se produce 552 reingresos en 506 pacientes. La tasa anual de reingresos disminuye con los años desde un 7% en 1996 hasta 5,4% en 2004 ($p: 0,012$). La gravedad de los pacientes reingresados es mayor que la de los no reingresados (SAPS II: 39 \pm 19 versus 34 \pm 19; $p < 0,001$), la evolución presenta mayor índice de fracaso multiorgánico (SOFA máximo: 7,1 \pm 5,8 versus 4,0 \pm 5,0; $p < 0,001$) y la estancia hospitalaria es mayor (32 \pm 28 versus 14 \pm 13 días; $p < 0,001$). Finalmente la mortalidad de los pacientes reingresados es 32,8% y de los no reingresados 18,2% ($p < 0,001$). En el análisis multivariante las variables asociadas a muerte hospitalaria son:

Variable	Odds	Ratio	IC-95%	p
Índice SOFA	1,46	1,42	1,50	< 0,001
SAPS II	1,03	1,02	1,03	< 0,001
Edad	1,02	1,01	1,02	< 0,001
Diabetes	1,31	1,09	1,59	0,004
Orden No Intubación	3,94	3,02	5,13	< 0,001
Infección comunitaria	1,66	1,32	2,08	< 0,001
Infección en UCI	1,43	1,06	1,94	0,018
Cáncer	1,36	1,07	1,73	0,010
Ventilación mecánica	1,87	1,47	2,37	< 0,001
Tracheotomía	1,63	1,09	2,43	0,016
Nutrición parenteral	1,69	1,28	2,23	< 0,001
Nutrición enteral	1,90	1,55	2,34	< 0,001

Conclusiones: El reingreso en UCI se acompaña de un aumento de morbimortalidad, en relación con una mayor gravedad del proceso patológico que motiva la admisión y con el desarrollo de fracaso multiorgánico más severo.

C-148

ESTRUCTURACIÓN FUNCIONAL DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS: RACIONALIZACIÓN Y OPERATIVIZACIÓN

S. Sánchez, I. Panque, M. Anaya, F. Torrubia y J. Barroeta
HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

C-150

Palabras clave: Estructuración. Funcionalidad. Comisiones.

Objetivos: Diseño de una estructura formal de Comisiones Hospitalarias bajo las premisas de funcionalidad, uniformidad en la estructuración de sus contenidos, integradora, accesible y multidisciplinaria para los profesionales, y transversal para el hospital.

Metodología: Se utiliza el entorno web hospitalario como soporte instrumental para la visualización, navegación y cumplimentación del contenido de calidad de cada Comisión Hospitalaria, utilizando la Intranet como área de trabajo y escritorio virtual y el volcado a Internet de los contenidos no restringidos. Las Comisiones se agrupan en Áreas Funcionales y comparten una barra de vínculos que aloja normativa, miembros, misión, funciones, informes, memorias, actas y eventos. Los objetivos específicos se desarrollan a través de Paneles de Trabajo explícitos.

Resultados: La innovadora ordenación de las Comisiones Hospitalarias y su uniforme estructuración explícita, accesible y transparente han constituido un factor de motivación de los profesionales implicados. Se ha reducido el espacio vacío emanado de la ambigüedad normativa, y el aumento en la calidad de sus actividades e informes los ha convertido en el soporte de las decisiones ejecutivas de la Dirección. La accesibilidad ha repercutido en una mayor colaboración con los Servicios y Unidades Clínicas en la elaboración de sus Planes de Calidad.

Conclusión: La estructuración funcional de las Comisiones Hospitalarias se ha convertido en una potente herramienta para extender la cultura de calidad en el hospital, para racionalizar las actividades de las Comisiones, y para convertir a sus productos en soporte de las decisiones ejecutivas.

FACTORES DE RIESGO PARA REINGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. Carrillo, A. Renedo, M. Parraga, J.M. Sánchez, A. López y G. González
Hospital J.M. Morales Meseguer.

Palabras clave: Reingreso, UCI, Factores de riesgo.

Introducción: La importancia de los reingresos en pacientes de alta en UCI, está relacionada con la mortalidad final. Además la tasa de reingresos es considerada como un indicador de resultado de calidad asistencial en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Objetivo: Analizar los factores de riesgo o predictores de reingreso en UCI. **Pacientes y métodos:** Estudio de cohortes prospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI, entre 1995 y 2004, que fueron dados de alta vivos a planta. Se estudian variables demográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm DE, y las cualitativas mediante porcentajes. La comparación entre variables se ha realizado mediante prueba de T de Student y J₁₂ de Pearson. Todos los análisis se han realizado a dos colas, con un nivel de significación de $p < 0,05$. Las variables que se relacionan significativamente con reingreso en UCI se introdujeron en un modelo multivariante.

Resultados: Durante el período de estudio ha habido 9990 ingresos en un total de 9349 pacientes. De ellos 1403 (14,2%) mueren durante su estancia en UCI y 8497 (85,8%) fueron dados de alta a planta. La edad media de los pacientes ingresados era 64 \pm 17 años, el 65% eran hombres, y el SAPS II medio: 30 \pm 14. El 46,7% de los pacientes presentaban patología médica, 37,4% patología coronaria, 24,9% patología quirúrgica y el resto traumatológica. Se produjeron 552 reingresos en 506 pacientes. En análisis univariante 25 variables clínico-patológicas se relacionaban con reingreso. Mediante regresión logística, los factores de riesgo para reingreso fueron:

Variable	Odds	Ratio	IC-95%	p
Necesidad de catéter central	1,24	0,99	1,56	0,055
Necesidad de nutrición parenteral	1,60	1,21	2,13	< 0,001
Paciente Inestable	1,38	1,14	1,66	0,003
Inmunodepresión previa	1,54	1,13	2,09	0,041
Disponibilidad de camas UCI	1,27	1,05	1,52	0,002
Procedencia área quirúrgica	1,50	1,20	1,87	0,001

Conclusiones: Las condiciones asociadas con reingreso en UCI tienen que ver con características del proceso clínico, especialmente la procedencia quirúrgica, aunque otras como el número de camas disponibles en UCI puede jugar un papel importante en el reingreso.

C-149

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA ATENCIÓN AL ESGUINCE DE TIBILLO EN URGENCIAS

J. Alcaraz, I.C. Sánchez, E. Bataller, E. Parreño, A.D. Moreno y L.E. de la Torre
Hospital J.M. Morales Meseguer.

C-151

Palabras clave: Esguince, tobillo, ciclo de mejora.

Introducción: El esguince de tobillo es la patología traumática más frecuente atendida en Urgencias, pero la actuación ante esta patología no está exenta de variabilidad. En el año 2001 se diseñó un protocolo de actuación consensuado entre los Servicios de Urgencias y Traumatología para facilitar su manejo. El objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de la atención al paciente con esguince de tobillo y mejorar la atención prestada.

Metodología: Basándose en el protocolo se han establecido 10 criterios de actuación que deben constar en el informe de alta de los pacientes diagnosticados de esguince de tobillo. En Enero de 2004 se evaluaron todos los casos de esta patología (220 casos). Se implantaron, tras conocer estos resultados, medidas de mejora tales como redifusión del protocolo, información a adjuntos y residentes del resultado del estudio y el diseño de una hoja de informe de alta específica para esta patología. Posteriormente, en mayo de 2005 se evaluó una muestra de 40 casos. Como fuente de datos se ha utilizado el archivo de historias de Urgencias. Se obtuvo información sobre edad, sexo, mecanismo de producción, exploración, diagnóstico, hallazgos radiológicos, y tratamiento domiciliario. Como test estadístico se utilizó el de la Chi cuadrado.

Resultados: En la evaluación inicial, el criterio menos cumplido fue el tratamiento con frío local ($22,7 \pm 5,5\%$) seguido del de indicar el grado de esguince ($53,6 \pm 6,6\%$) y de exploración de dolor en puntos óseos ($59,5 \pm 6,5\%$). En la reevaluación todos los criterios se cumplían por encima del 60% y se obtenían diferencias significativas de mejora en 5 de los diez criterios, incluyendo los tres más bajos en la evaluación inicial. Se ha constatado la utilización de la nueva hoja en sólo el 35% de los casos estudiados, pero considerando independientemente el grupo de casos que la utiliza, la mejora es aún más significativa.

Conclusiones: Se ha mejorado la calidad del informe de alta y consecuentemente la atención a pacientes con esguince de tobillo en nuestro Servicio.

Palabras clave: Enfermería dolor unidades.

Objetivo: Valorar efectividad y satisfacción de tratamientos analgésicos especiales en hospitalización pediátrica, con control y seguimiento del personal sistemático de una unidad de dolor agudo postoperatorio (UDAP).

Métodos: Estudio observacional descriptivo desde 1999 al 2004 incluyendo pacientes quirúrgicos pediátricos postoperados. El seguimiento diario de los pacientes es realizado por personal de enfermería. **Análisis:** Programa informático (SGBD), registro elaborado por la UDAP: anamnesis, diagnóstico, intervención, efectos secundarios, dolor (escala objetiva) y seguimiento mediante PCA. Guías informativas y encuesta de satisfacción para pacientes/familiares. Protocolo del dolor en niños (5º constante). Protocolos analgésicos de opiáceos (PCA, NCA, Epidural y PCEA). Programa formativo (talleres) del personal.

Resultados: Análisis de 1.870 pacientes con una media de edad de 6,69 años, media de peso 26,45 Kg. Media de día de tratamiento 3,14 ± 17. Se implantó el uso de la 5º constante. Trípticos y Póster Informativo distribuido por todas las plantas pediátricas. Dos cursos anuales (16 horas/curso) de formación para enfermería del área XI. La intensidad del dolor en el primer día según escala objetiva: no dolor o dolor leve 82% de los casos; dolor moderado-intenso el 18%. Se registraron náuseas y vómitos en el 20% de los niños y hubo un 8% de casos con retención vesical. 3 casos de sedación excesiva y un 0,13% de depresión respiratoria, en la UCI. La satisfacción global con el tratamiento recibido fue en el 94% de los casos buena o muy buena. En los niños < de 8 años se evaluó la calidad percibida a través de los padres que contestaron estar muy satisfechos en el 98% de los casos.

Conclusiones: Los pacientes incluidos en el protocolo del dolor han presentado un mayor grado de satisfacción debido a la disminución en la estancia hospitalaria y al estricto seguimiento del dolor agudo posquirúrgico. La UDAP con un módulo de gestión de bajo coste, reúne las características de eficacia que pueden ser referencia para su aplicación en otros servicios, debido a que se fundamentan en tres parámetros de gestión fundamentales: información a pacientes/familias sobre la importancia del tratamiento del dolor; registro del dolor como 5º constante; y recogida de datos y análisis de procedimientos quirúrgicos, tipos de pacientes y poblaciones de riesgo en las que modificaciones asistenciales y terapéuticas limitaría y optimizaría los recursos existentes.

MESA 20

Satisfacción de pacientes (III)

CALIDAD PERCIBIDA POR EL USUARIO DEL HOSPITAL A LO LARGO DEL TIEMPO

L. Ávila, F.J. Lucas, J.L. Monreal, J.A. Requena y C. García
Hospital General Universitario de Albacete.

C-153

Palabras clave: Calidad percibida, satisfacción, cliente externo.

Objetivos: 1. *Objetivo general:* analizar la evolución de la satisfacción del cliente externo (calidad percibida) a través de la encuesta de opinión del hospital. 2. *Objetivos específicos:* Analizar la satisfacción del cliente externo usuario del hospital; Utilizar la encuesta de opinión para identificar grandes áreas de mejora.

Metodología: *Tipo de estudio:* Estudio descriptivo, transversal, observacional y comparativo de la calidad percibida por el cliente externo del Complejo hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).

Material: Encuestas de opinión realizadas por escrito y enviadas a los pacientes ingresados en el CHUA durante los años 1997-2004.

Método: La encuesta utilizada está validada por el SNS: consta de 37 ítems con respuestas cerradas con escalas de 5 valores y respuestas abiertas. Se enviaba por correo de forma aleatoria en el mes de enero febrero a los pacientes que habían sido ingresados en el último semestre del año anterior en el CHUA. Análisis estadístico: Descripción de las variables cualitativas (porcentajes) y cuantitativas; análisis comparativos mediante comparación de medias y χ^2 .

Resultados: Se enviaron 1736 encuestas por año; el nº de encuestas devueltas contestadas fue de 379 /año (21,86%). El 86,49% considera la información recibida al ingreso satisfactoria/muy satisfactoria (S/MS). El 87,64% considera la limpieza e higiene de la habitación S/MS. El 88,25% considera la cantidad y calidad de la comida S/MS. El 85,46% considera la información recibida por el personal médico sobre su tratamiento S/MS. El 92,32% considera el trato del personal médico S/MS. El 55,57% conoce el nombre del médico que lo visitó. El 88,26% considera el control del dolor S/MS. El 91,61% considera el trato recibido por el personal de enfermería S/MS. El 29,14% conoce el nombre de la enfermera que la atendió. El 65,1% considera el trato recibido en Urgencias S/MS, aunque un 22,67% no contesta. El 91,49% considera S/MS su estancia en el Hospital. El 94,62% volvería al hospital.

Conclusiones: 1. Consideramos adecuado el % de las encuestas contestadas. 2. El paciente recibe una información muy satisfactoria al ingreso. 3. El trato dado por los profesionales sanitarios es muy bueno pero debe mejorar en la personalización del mismo. 4. La estancia en el hospital es considerada como muy satisfactoria por el cliente externo.

EL USUARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE UNA ORGANIZACIÓN CORPORATIVA

R. González, J.C. Ansótegui, I. Akesolo, M. Zamora, J. Aguirrebeña y M. García
Organización Central de Osakidetza.

Palabras clave: Satisfacción, usuarios, calidad percibida.

Introducción: Osakidetza asume e identifica al cliente/paciente como su principal grupo de interés siendo el centro y objetivo de toda su actividad asistencial. Identifica sus necesidades y expectativas preferentemente a través del Plan de Salud, los resultados de sus Planes Estratégicos y de Calidad, las encuestas y grupos focales de pacientes, bibliografía, Servicios o Áreas de Atención al Cliente, etc.

Objetivos: Identificar los "logros" o resultados alcanzados por esta Organización de Servicios en relación a sus clientes externos (pacientes/familias) según "cómo" ha actuado bajo un sistema de gestión de calidad total.

Metodología: *Enfoque:* Objetivo corporativo 1: servicio al cliente/paciente del 2º Plan Estratégico 2003/2007. *Despliegue:* El Plan de Calidad 2003/2007 con 2 objetivos específicos e indicadores articulados en torno a las dimensiones de eficiencia y efectividad, continuidad, accesibilidad, trato y condiciones hosteleras, información y el criterio 5 del modelo EFQM (herramientas relacionadas con la medición directa e indirecta de la satisfacción de clientes/pacientes): Procedimiento sobre "gestión de la satisfacción de pacientes en diferentes ámbitos de Osakidetza" con metodología corporativa sobre elección del ámbito, realización del cuestionario, proceso de encuestación, interpretación de resultados, informe final y puesta en marcha de planes de mejora. Procedimiento sobre "gestión de la información sobre quejas y reclamaciones en Osakidetza" para homogeneizar la información respecto a tipos de gestión, motivos, áreas, indicadores y tipos de respuesta.

Resultados: Evolutivo (4 años) del nº quejas, agradecimientos y reclamaciones por escrito obtenidas (14.570, 2004) con una demora media de 11,70 días, aparte de las publicadas en prensa (101 quejas y 190 agradecimientos, último año). Evolutivo grado de satisfacción global positiva y excelente obtenida (últimos 6 años) en 10 áreas o ámbitos sanitarios de los 35 procesos de encuestación realizados por vía telefónica. La hospitalización a domicilio y la cirugía mayor ambulatoria tienen los porcentajes mayores de satisfacción (97,8% y 97,6% respectivamente) respecto al resto. Uno de los aspectos más importantes de la atención recibida a lo largo del episodio de hospitalización según la percepción de los pacientes es el trato.

Conclusiones: Toda Organización sanitaria que tenga en lugar destacado al cliente/paciente ha de aplicar herramientas para "escuchar" y "traducir" la información obtenida en oportunidades de mejora.

C-154

SATISFACCIÓN DEL USUARIO ANTE LA IMPLANTACIÓN DEL CIRCUITO DE RECETAS DE MEDICACIÓN CRÓNICA EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA

M.A. López-Blasco, J. Zufía-García, F.J. Pérez-Rivas, E. López-Parra, M. Suárez-Baraza y C. Carrera-Manchado
Gerencia AP Área 11 Madrid (EAP Los Rosales).

Palabras clave: Satisfacción, Circuito Medicación Crónica.

Objetivo: Con el fin de desburocratizar las consultas en los centros de salud, se ha implantado un circuito de entrega de recetas de medicación crónica desde la Unidad Administrativa (UA). *Objeto:* Analizar la opinión de los usuarios sobre el nuevo circuito de recogida de recetas.

Metodología: *Tipo de estudio:* Descriptivo transversal mediante cuestionario telefónico. *Ambito y periodo de estudio:* Centro de Salud Los Rosales. Área 11 de AP Madrid. Marzo 2005. *Población de estudio:* Pacientes incluidos en programa de medicación crónica. Muestreo aleatorio sistemático (NC: 95%, e = 0,10%).

Material: Cuestionario de opinión de elaboración propia Entrevistadores: Profesionales sanitarios del propio EAP (Entrevistas cruzadas). Análisis de datos: Programa Excel XP y SPSS 11.6.

Resultados: Se realizaron 87 encuestas de un total de 775 pacientes incluidos en el circuito. La edad media de los pacientes encuestados es 61 años. El 53% son mujeres. Bajo nivel educativo: sin estudios/estudios primarios (77%).

Indicadores de estructura: A la totalidad de los pacientes les resulta muy fácil localizar el lugar de recogida de recetas, considerando que es un lugar cómodo/muy cómodo el 72%. Indicadores de proceso: Los pacientes llevan recogiendo las recetas una media de 9 meses. La periodicidad media en la recogida es de 2 meses. Cada paciente recoge una media de 3 medicamentos. Al 72% de los pacientes su médico les ofreció la posibilidad de elegir este sistema o mantener el sistema tradicional. El 55% de las recetas se recogen por la mañana. **Indicadores de resultado:** El 93% de los pacientes están bastante o muy satisfechos con las explicaciones recibidas de su médico sobre el funcionamiento del sistema y el 90% considera que sus dudas son aclaradas por la UA de forma correcta. El 39% opinan que esperan bastante/mucho tiempo para recoger las recetas y a un 20% les sobra medicación cuando van a recogerla. El 90% manifiesta no haber tenido ningún tipo de problema, mostrándose bastante o muy satisfechos con el circuito el 94%. El 72% están más satisfechos que con el sistema tradicional de recogida en consulta y el 98% lo recomendarían a otros pacientes.

Conclusiones: La utilización del circuito de recetas crónicas supone una desburocratización importante de las consultas y una mejora en el servicio que se le presta al usuario (alto grado de satisfacción con el nuevo modelo) El exceso de medicación prescrita ($\pm 20\%$) y el excesivo tiempo de espera para la recogida de las recetas son los dos aspectos peor valorados y donde es necesario establecer líneas de mejora.

C-156

LA RIOJA SE COMPROMETE. DE LA CALIDAD A LA EXCELENCIA

F. Rivera y M. Carreras

Agencia de Calidad y Acreditación. Consejería de Salud de La Rioja.

Palabras clave: Compromiso Ciudadanos.

Introducción: El Gobierno de La Rioja ha modernizado la Administración apostando por la implantación de Sistemas basados en la Calidad. Dentro de las iniciativas recogidas en el Plan Estratégico se encuentran las cartas de compromisos, que pretenden ser un instrumento a través del cual la Administración informa a los ciudadanos sobre los servicios que tiene encuadrados y en especial sobre los compromisos de calidad asumidos en su prestación.

Objetivos: 1. Mejorar mediante el establecimiento de compromisos de calidad. 2. Contribuir a la implantación de metodología de mejora continua. 3. Fomentar entre los empleados la introducción de una cultura basada en la calidad. 4. Incrementar el nivel de satisfacción de los ciudadanos respecto a los servicios facilitándoles medios para conocer sus derechos y obligaciones.

Metodología: *Impulso:* Secretaría General Técnica. Agencia de Calidad y Acreditación. *Elaboración:* Formación de grupos de trabajo de las unidades de prestación de servicios. Comunicación a cada miembro del grupo para recabar su colaboración e información previa sobre Cartas de Compromiso. Reuniones de Trabajo del Grupo con la Agencia de calidad. Información para la acción en equipos de trabajo. Definición de Misión, Visión, Valores, Procesos y Cartera de Servicios. Técnicas de grupo. Factores Críticos de Éxito. Compromisos e Indicadores. Debates y consenso de ideas. Elaboración de los documentos. *Aprobación y publicación:* Edición: Secretaría General Técnica de la Consejería de Administraciones Públicas. *Seguimiento y actualización:* Unidades de prestación de servicios.

Resultados: Cartas de Compromisos. Se han realizado 22 cartas, el 100% de las cartas del Servicio Riojano de Salud. *Cada carta incluye:* 1. Compromisos de Calidad Determinación de los niveles de calidad, plazos en la prestación de servicios, mecanismos de comunicación e información, horarios de atención al público. 2. Indicadores de calidad en función de compromisos establecidos. 3. Sistemas de protección del medio ambiente, seguridad, accesibilidad, equidad... 4. Información de Carácter general y legal. Datos de identificación. Fines, Misión y Valores. Servicios que presta. Participación y colaboración de los ciudadanos. Normativa reguladora. Disponibilidad y acceso. 5. Direcciones postales, telefónicas, telemáticas. 6. Otros datos de interés sobre servicios prestado. Resolución de aprobación publicada en el Boletín Oficial de la Rioja, tras informe de Secretaría Gral. Técnica de Administraciones Públicas.

C-155

AL GUSTO DEL CLIENTE. LA COCINA FRÍA SATISFACE

F. Rivera, M. Carreras y A. Rubio

Agencia de Calidad y Acreditación. Consejería de Salud de La Rioja.

Palabras clave: Satisfacción clientes alimentación.

Introducción: Para la apertura de la nueva cocina del Complejo Hospitalario San Millán San Pedro de La Rioja se optó por implantar un sistema de gestión de la Calidad. Dentro del manual de Procesos de Alimentación se incluye el Procedimiento para la valoración de la satisfacción de los clientes que contempla las acciones que han de llevarse a cabo para evaluar la satisfacción del cliente.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes y de las unidades (cliente interno) respecto al servicio de alimentación y adoptar así las mejoras necesarias según esquema PDCA de mejora continua.

Metodología: *Cliente externo:* Encuestas a pacientes ingresados y han consumido alimentos. *Cliente interno:* Recogida de no conformidades. Reuniones entre la Agencia de Calidad y Acreditación, los responsables de alimentación y las diferentes supervisoras de las unidades, médicos digestólogos, endocrinios, pediatras y nefrólogos para estudiar las no conformidades detectadas, proponer acciones de mejora y realizar reuniones de seguimiento de las acciones de mejora posteriormente.

Resultados: *Pacientes:* Se ha encuestado 676 pacientes, respondiendo 481 (participación 71,15%). La puntuación media de los Procesos de Alimentación es de 6,74 sobre 10, siendo la moda 8 sobre 10. Más del 80% de los pacientes valoran como buena o muy buena la puntualidad y la limpieza destacando la elevada satisfacción con el trato recibido. La comida y la variedad son los ítems peor valorados. El 27,68% y el 23,84% de los pacientes los valoran como malos o muy malos. Se han propuesto nueve acciones de mejora: mejora del sistema de control, un procedimiento de I+D para platos en cadena fría, cambio de proveedor de fruta... *Cliente Interno:* Se han recogido 378 no conformidades referentes al funcionamiento informático, la falta de platos o menús, alimentos de poca calidad y diferencias entre lo solicitado y lo entregado. Se han planteado 51 acciones de mejora que incluyen la creación de menús especiales, la adecuación de los registros informáticos, la adecuación de horarios de solicitudes, mejoras de la comunicación, adecuación del suministro de alimentos y utilaje, etc.

Conclusiones: Los procesos de Alimentación se han acercado más a sus clientes internos y los han integrado dentro de sus procesos de mejora continua facilitando el acercamiento entre diferentes profesionales de diversas áreas y la adopción de mejoras adecuadas a los requerimientos de los pacientes de manera eficaz y eficiente.

C-157

HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR CLIENTES EXTERNOS EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

E. Muñoz, B. Pérez, P. Suero, D. Domínguez, A. Puerto y G. González
SS.CC Servicio Extremeño de Salud.

Palabras clave: Satisfacción, encuesta, atención primaria.

Objetivo: Determinar, desde el punto de vista de la calidad percibida por clientes externos en el ámbito de la atención primaria, áreas de mejora susceptibles de ser abordadas desde el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Material y métodos: Se realiza encuesta postal dirigida a 20.961 usuarios de los 101 equipos de atención primaria (EAP) de la CA de Extremadura identificados a través de la base de datos de facturación de recetas oficiales del SNS expedidas en nuestra CA entre diciembre de 2004 y enero de 2005. Se estimó una tasa de respuesta estimada, a partir de estudios previos, del 25%. Se obtuvieron 20.961 respuestas (tasa de respuesta del 29%). El cuestionario se estructuró en siete áreas de estudio (cita previa, instalaciones, personal de enfermería, personal no sanitario, médico o pediatra, urgencias, atención domiciliaria y calificaciones generales), así como un apartado de preguntas generales dónde se recogen aspectos socio - demográficos del usuario y sobre el motivo de su última visita al centro. A partir de los resultados, se elabora para cada EAP un Índice de Prioridad® que identifica las áreas prioritarias de intervención y que combina la importancia atribuida a cada ítem por el usuario con la valoración de la satisfacción que hace de dicho ítem. De esta manera se individualizan las áreas susceptibles de mejora a nivel de EAP.

Resultados: Las áreas mejor valoradas fueron atención domiciliaria (77,8 sobre 100) y personal de enfermería (73,2 sobre 100), identificándose las mayores oportunidades de mejora en relación con la cita previa, las instalaciones y el personal no sanitario. Los Índices de Prioridad® más elevados correspondieron, a nivel del SES, a la organización general del centro, la correcta identificación del personal y la eficacia del personal administrativo.

Conclusiones: La aplicación de esta encuesta, que ha puesto de manifiesto diferencias significativas en relación a la calidad percibida en los distintos equipos de atención primaria, ha permitido obtener una priorización individualizada para las intervenciones a realización en cada zona de salud. El hecho de que los aspectos más valorados por los usuarios son los relacionados con la atención domiciliaria y los profesionales de enfermería pueden encontrarse relacionados con el aumento de las necesidades de cuidados de la población en la coyuntura sociodemográfica y en relación a la dependencia de nuestro medio.

C-158

C-160

HOSPITAL GENERAL DE VIC: COMO ORGANIZARSE PARA CENTRARSE AL CLIENTE

C. Guitarras, R. Carrera, R. Toribio, R. Vivet, J. Castellano e I. Cerdá
Hospital General de Vic.

Palabras clave: Organización, satisfacción, cliente.

El Hospital General de Vic, analiza desde el año 1992 las percepciones, necesidades y satisfacción de los clientes, y se propone como objetivo establecer una metodología de trabajo que permita orientar la organización al cliente, con la implicación directa de los profesionales.

Metodología: Mediante la dirección participativa por objetivos se trasladan las líneas de trabajo priorizadas por la dirección a los servicios. Se utiliza la metodología más eficiente para la detección de la satisfacción de los clientes, escogiéndose una muestra representativa de los mismos. Se implica a los profesionales de base en la detección y tras la explotación de los resultados se realizan propuestas de mejora siendo estas presentadas a la dirección. Se realizan acciones formativas para los profesionales y se difunden los resultados en medios de comunicación existentes en el Hospital.

Resultados: *Objetivos de satisfacción pactados:* dos objetivos por servicio.

Métodos utilizados: Sugerencias 2061, Reclamaciones 458, respuesta < 15 días 85%. Autoevaluación (autoobservación): intimidad en áreas de hospitalización, CCEE y urgencias, acogida en hospitalización. Entrevistas en profundidad en pacientes con ostomías. Encuestas a pacientes del programa de ayuda a la decisión de diálisis y clientes del proceso de logística.

Profesionales implicados: 440. *Muestra:* 2736 de pacientes con detección de satisfacción. *Propuestas de mejora:* Propuestas realizadas a partir de los resultados obtenidos: Accesibilidad a CCEE < 7 días, revisión de protocolos de intimidad y acogida, análisis de las reclamaciones de trato, incremento del estándar de tiempo de respuesta de las reclamaciones > 85%.

Actividades formativas: Curso de calidad, que incluye tema cliente, curso de atención al cliente, curso de bioética (derechos y deberes, confidencialidad). *Difusión de resultados:* Cuaderno de mando mensual, presentación semestral en el Comité de dirección y Comité asistencial, y de forma anual en dossier de calidad, memoria del centro, memoria de sostenibilidad y boletín de utilización de recursos.

Conclusiones: Para obtener una organización orientada a los clientes es fundamental la implicación, no solo de la dirección, sino también de los profesionales de la institución. El pacto de objetivos de satisfacción es una buena herramienta para la implicación y difusión de cultura de cliente. Es necesario avanzar en la ampliación y sistematización de áreas de análisis. Los profesionales conocen la cultura de orientación al cliente existente en el centro.

RESULTADOS DE UN ESTUDIO SOBRE LA SATISFACCIÓN EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA (HCU)

D. Júdez, E. Altarribas, J.I. Barrasa, R. Mareca, R. Peinado y T. Ramírez
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Palabras clave: Satisfacción pacientes, encuestas.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes con la atención que reciben en las Consultas Externas del HCU. Era una de las áreas de mejora priorizadas en la autoevaluación EFQM 2003.

Material y método: A partir de un estudio piloto en cuatro consultas se validó el grado de comprensión de un cuestionario autoadministrado basado en SERQUHOS y se calculó un tamaño de muestra (proporción esperada de muy satisfechos 33%; precisión 4%; nivel de confianza 95%; tasa respuesta 30%) de 1700 pacientes. El sondeo se realizó entre los días 25 octubre-4 noviembre de 2004 y el muestreo fue aleatorio sistemático y proporcional por volumen de consultas en todas las consultas de especialidad dependientes del HCU. La base de muestreo eran los pacientes que acudían a una cita cada día a lo largo de las 2 semanas del estudio. Análisis descriptivo posterior de las respuestas obtenidas.

Resultados: Tasa de respuesta: 43,1%. Cerca del 68% (IC = 64%-71%) de los pacientes se muestran satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida. La apariencia (limpieza y uniforme) y la amabilidad del personal son los aspectos mejor valorados por los pacientes, que en un 84,3% (IC = 82% - 87%) y un 72,5% (IC = 69% - 76%), respectivamente de las ocasiones declaran sentirse satisfechos con estas dos cuestiones. Los trámites administrativos para la citación (34,8%; IC = 31% - 38%) y la puntualidad de la asistencia (41,4%; IC = 38% - 45%) son las circunstancias menos apreciadas. Con relación a la información médica, la documentación, el interés y la confianza y seguridad del personal, la satisfacción general también es alta (por encima del 60%). No había diferencias entre la proporción de pacientes satisfechos en los servicios médicos (70,7%; IC 65,8%-75,6%) y los quirúrgicos (65,3%; IC = 60,4% -70,2%). La confianza y seguridad, la información proporcionada por los médicos y el interés del personal eran los factores más correlacionados con la satisfacción general ($p < 0,001$).

Conclusiones: Aunque la satisfacción general de los pacientes con la atención que reciben en consultas externas es alta, pueden mejorarse todavía aspectos relacionados con los trámites administrativos, la puntualidad, la información clínica, y la documentación entregada, los cuatro problemas principales puestos a la luz por la encuesta.

C-159

MESA 21

Eficiencia (III)

EFEKTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CADERA

C-162

J. Galí, C. Puig, A. Vila, G. Rosell, M. Guzmán e I. Sáenz
Hospital de Barcelona.

Palabras clave: Fractura de cadera, Efectos adversos, Resultados.

Introducción: Los efectos adversos se definen como los daños o complicaciones que ocurren durante el proceso asistencial sin estar directamente relacionados con la enfermedad causal. Su aparición repercute no sólo sobre el paciente sino también sobre los costes sanitarios. Identificarlos es fundamental para su prevención.

Objetivo: Identificar y analizar los efectos adversos que presentaron los pacientes ingresados por haber sufrido una fractura de cadera para la posterior implantación de un programa que evite o minimice su aparición.

Método: Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Inclusión de los pacientes ingresados desde Junio de 1997 hasta Noviembre de 2002 en el Hospital de Barcelona, por presentar una fractura de cadera y tratados siguiendo una vía clínica. Exclusión por negativa al tratamiento propuesto. Seguimiento periódico de los pacientes con controles mínimos al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año postoperatorios. Registro de datos en una base de datos mediante el programa informático File Maker Pro. Análisis de datos mediante Excel 97 y File Maker.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 900 pacientes (75% mujeres), con una edad media de $80,9 \pm 9,5$ años y una estancia media (EM) de $7,3 \pm 3,9$ días. El consumo medio de farmacia (CF) fue de 119,4 euros. Se realizó un seguimiento clínico durante 1 año a todos los pacientes. Los principales efectos adversos registrados fueron: 1.- Durante el ingreso hospitalario: trastorno isquémico transitorio 1% (EM $14,6 \pm 6,9$; CF 180 euros), infarto agudo de miocardio 0,3% (EM $12,2 \pm 10,5$; CF 326,4 euros), neumonía 1,1% (EM $10,2 \pm 4,6$; CF 400,1 euros), edema agudo de pulmón 0,3% (EM $8,2 \pm 5,2$; CF 157,6 euros), infección del tracto urinario 2,4% (EM $10,1 \pm 6,2$; CF 229,8 euros), retención de orina 2,6% (EM $8,8 \pm 3,3$; 178,9 euros), incontinencia urinaria 5,4%, hemorragia digestiva alta 1,3% (EM $13,1 \pm 6,7$; CF 501,4), mortalidad 4% (11,1% de ellos en el preoperatorio), úlceras por presión 3,9%, caídas 3% (EM $8,7 \pm 4,7$; CF 196,5). 2.- Al año del traumatismo: mortalidad 23,2%, fracaso de la síntesis 1,5%, luxación prótesis 4,9%, pseudoartrosis 1,9%, necrosis de la cabeza femoral 2,6%, infección de la herida quirúrgica 2,9%. Debido a los efectos adversos se generaron un 4,5% de reingresos, realizándose un 3,9% de reintervenciones.

Conclusiones: De la fractura de cadera se deriva un porcentaje elevado de efectos adversos que es importante minimizar no sólo para mejorar la seguridad del paciente sino también para disminuir los costes hospitalarios.

LA COMISIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS Y SU IMPACTO EN LA CULTURA HOSPITALARIA DE ADQUISICIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

C-161

S. Sánchez, I. Paneque, M. Anaya, F. Torrubia y J. Barroeta
HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras clave: Comisión de Tecnologías Sanitarias.

Objetivos: Presentar la transformación operada en el hospital respecto a la solicitud de nuevas tecnologías tras la implantación de la Comisión de Tecnologías Sanitarias.

Metodología: La Comisión de Tecnologías Sanitarias se creó en enero de 2002. Implantó un circuito de solicitud de nuevas tecnologías basado en la GANT (Guía para la Adquisición de Nuevas Tecnologías). En 2004 se modificó el circuito. Se comparan los resultados tras la implantación de ambos circuitos.

Resultados: Todos los profesionales del hospital utilizan únicamente esta vía para la introducción de nuevas tecnologías sanitarias y nuevos materiales fungibles. El 100% de las solicitudes se centralizan y registran en la Comisión Central de Calidad. Un Comité permanente revisa su contenido y lo deriva a las Subcomisiones de Tecnologías o Fungibles, en las que se emite un informe racional y científico sobre la pertinencia y relevancia o no de la solicitud, al que se le une un informe económico. Las solicitudes de mayor impacto son sometidas a la metodología GANT. En ausencia de evidencias sólidas se plantea el desarrollo de proyectos de investigación tutelados por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. La Dirección del hospital toma la decisión ejecutiva de adquisición o no de la nueva tecnología o fungible basada en los informes emitidos por la Comisión.

Conclusión: La cultura de adquisición de nuevas tecnologías y fungibles se ha adaptado a la metodología racional y científica introducida por la existencia de la Comisión de Tecnologías Sanitarias y la utilización de la GANT.

USO EFICIENTE DE LA PROFILAXIS CON HBPM EN SERVICIOS MÉDICOS DE UN HOSPITAL DEL TIPO B DEL SSPA

C-163

J.A. Bernal, F. Gómez Soto, J.L. Puerto, B. Domínguez, J. González Outón y F. Gómez
Hospital Universitario de Puerto Real.

Palabras clave: Profilaxis, Enfermedad-Tromboembólica, Eficiencia.

Objetivos: Valorar el uso eficiente de la profilaxis con HBPM en los diferentes Servicios Médicos(SM) de nuestro Centro, según las indicaciones propuestas por la Guía PRETEMED (Profilaxis de Enfermedad Tromboembólica en Patología Médica) 2003. Análisis de factores patológicos (FP), constitucionales, hábitos de vida e iatrogénicos que favorecen la aparición de ETE en los pacientes ingresados en SM.

Método: Estudios transversales realizados el 1º en Feb-05, en época de alta frecuentación, y el 2º en May-05, incluyendo los pacientes ingresados en el día de cada corte en los diferentes SM del Centro (Cardiología, digestivo, Endocrino, Hematología, Infecciosos, M: Interna, Nefrología, Neumología, Neurología y Oncología), realizando en el período intermedio una actuación docente sólo sobre los facultativos dependientes del Servicio de M. Interna. Las variables a determinar son: % Uso eficiente pflx HBPM; % y causas de tratamiento inadecuado; Promedio N°FP/paciente en los diferentes SM; Valoración descriptiva de FP, constitucionales, hábitos de vida e iatrogénicos relacionados con la incidencia de ETE.

Resultados y conclusiones: Uso eficiente global de HBPM en primer corte (66,21%), 2º corte (71,11%). Habiendo aumentado la eficiencia en M. Interna sobre la que se realizó la actuación docente del 71,73% al 80%, no pudiendo aseverar que esta sea el motivo de la mejora, debido al incremento simultáneo de buen uso en la mayoría del resto de SM. Y que sí podemos achacar de forma estadísticamente significativa, a la modificación del Promedio N° FP/paciente, que estaría relacionado de una forma directamente proporcional a la eficiencia en la pflx en un gran N° de casos. Dentro del uso inadecuado es más prevalente la sobredosificación, 44% en el primer corte y 48,78% en el 2º. A continuación se observa la no realización de pflx cuando está indicada en un 36% y un 21,95% respectivamente. El Promedio N° FP/paciente es > de forma manifiesta en M. Interna, Cardiología, Neumología y nefrología, siendo también mayores el N° de ingresos y la eficiencia global. Destacan entre los factores que predisponen a la ETE: ICC, Infección aguda grave y EPOC descompensado, las tres en clara relación con el período de alta frecuentación. Las Neoplasias, IRC, edad > 60 años, encamamiento > 5 días, sobrepeso y tabaco de forma indiferente en ambos cortes.

EVALUACIÓN Y MEJORA DEL USO DE FÁRMACOS GENÉRICOS EN URGENCIAS

J. Alcaraz, A. Cano, I. Ayala, I.A. Moreno, P. Abenza y R. Pérez
Hospital J.M. Morales Meseguer.

Palabras clave: Genéricos, urgencias.

Introducción: Una de las dimensiones de calidad asistencial es la eficiencia, y dentro de esta la mejor utilización del presupuesto sanitario. En el año 2004 se planteó evaluar y controlar el uso de fármacos genéricos recetados al alta en Urgencias. El objetivo de este trabajo es evaluar el uso de fármacos genéricos en Urgencias al alta y en función del resultado, realizar actividades de mejora.

Metodología: Se escogió una muestra de 180 casos entre octubre y diciembre del 2004 mediante muestreo aleatorio sistemático, estratificado en función de los 6 grupos de médicos de guardia establecidos en el servicio (10 casos por mes y grupo). **Dimensión estudiada:** proporción de fármacos genéricos recetados al alta de urgencias. El estándar o nivel de cumplimiento mínimo fijado fue el 10%. La fuente de datos fue el archivo de asistidos en urgencias. Posteriormente, tras conocer los resultados de cumplimiento se envió una carta con los resultados a los médicos de Urgencias y se comentaron en sesión clínica. En Mayo de 2005 se tomó una muestra de 60 casos con la misma metodología que el primer muestreo. Se utilizó el test de la Chi cuadrado para comparación de proporciones.

Resultados: En la primera fase se recetaron unos 39 fármacos genéricos del total de 326 fármacos recetados 12,04% ($\pm 3,5\%$), pasando al 16,6% ($\pm 6,8\%$) tras las actividades de mejora. En las dos fases del estudio se observaron diferencias entre grupos de guardia, siendo significativas entre dos de ellos en el segundo muestreo ($p < 0,05$). No se han evidenciado diferencias significativas entre residentes y adjuntos ($p > 0,05$). Los genéricos más recetados fueron Ibuprofeno y omeprazol, en las dos fases.

Conclusiones: Se ha evidenciado un discreto aumento del uso de genéricos, que aunque no llega a ser significativo estadísticamente, se mantiene por encima del estándar de cumplimiento fijado.

C-164

ESTUDIO COSTE EFICIENCIA COMPARADO DE LAS CONSULTAS ENTRE HOSPITALES DE IB-SALUT Y CONCERTADOS

G. Martínez y L. Alegre
IBSALUT.

Palabras clave: Eficiencia, hospitales concertados, listas espera. El objetivo de este trabajo es establecer una comparación de costes entre hospitales concertados y hospitales públicos propios del Servicio Balear de Salud, en relación a las consultas realizadas durante el año 2004 y que han estado enmarcadas en un plan especial de la reducción de la demora y de la lista de espera en consulta especializada. El estudio realiza una comparación de costes entre lo realizado en consultas por los hospitales concertados de Baleares y lo que habría costado a nivel teórico haberlo realizado en nuestros hospitales propios de IBSALUT. No cabe duda de que los costes propios de nuestros hospitales conseguidos de los resultados de la gestión analítica en los hospitales y gerencias de Atención Primaria de IBSALUT 2003, son mayores no sólo por disponer de las especialidades de tercer nivel en el caso de Hospital Son Dureta, sino que influyen ratios de personal y costes indirectos que no influyen en los concertados, con unos gastos y costes estructurales muy inferiores para su funcionamiento. En el caso de los hospitales concertados se ha tenido en cuenta la actividad realizada en primeras consultas y consultas sucesivas y las tarifas aplicadas en su caso para ambos hospitales, lo que nos da un coste por visita y una facturación anual. La comparación teórica de ese coste real al teórico que habríamos realizado de no tener concertada esta actividad nos da un ahorro de costes de consultas claro, que pese a ser teórico no deja de ser indicativo de que la concertación de la actividad de una demanda sobredimensionada puede realizarse a un coste más ajustado cuando nuestros hospitales no pueden asumir toda la actividad y por tanto se crean importantes listas de espera. En el estudio podemos por tanto no sólo comprobar claramente los beneficios que la concertación ha tenido en las listas de espera de consultas (Introducción y anexos) sino que el ahorro total sólo en costes de consultas para el año 2004 ha supuesto 2.148.153,00 euros, demostrando una relación coste eficiencia a tener en cuenta en la gestión de listas de espera de nuestra Comunidad.

C-165

SABER LO QUÉ HACER CUESTA DINERO: ESTIMACIÓN DEL COSTE DE UNA AUTOEVALUACIÓN EFQM EN UN HOSPITAL DE 800 CAMAS

J.I. Barrasa, E. Altarribas, T. Antoñanzas, A. Beltrán y S. Celaya
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Palabras clave: Coste calidad, EFQM.

Objetivos: Describir el proceso de evaluación EFQM seguido en el Hospital Clínico Universitario y estimar el coste directo del proceso.

Métodos: La evaluación EFQM-2004 del HCU se realizó de acuerdo con el siguiente plan: 1. Formación del Equipo Coordinador de la Evaluación. 2. Creación de grupos de trabajo de 4-6 personas por cada criterio, con formación EFQM. 3. Recopilación de información de los criterios resultado. 4. Reparto del material y trabajo de grupo. 5. Preparación y redacción de la Memoria. 6. Jornada externa de autoevaluación con puesta en común, puntuación REDER y priorización de áreas de mejora. Para calcular el coste del proceso se han estimado las horas de trabajo de cada persona en cada una de las fases y se han calculado los costes de acuerdo con las tablas salariales oficiales del SALUD. Se han añadido también los gastos en infraestructura y materiales.

Resultados: El proyecto comenzó el 23 de septiembre y terminó el 10 de febrero y participaron en él un total de 59 personas (13 del equipo directivo, 15 del personal médico, 16 del personal de enfermería y 15 de administración y gestión. Se redactó una Memoria completa EFQM de 67 páginas, se identificaron 144 puntos fuertes y 149 áreas de mejora, se puntuó el hospital según el método REDER y se priorizaron 32 áreas de mejora. En total, se invirtieron 1.970 horas (16% de personal directivo, 42% médico; 23,3% enfermería y 18,7% administración y gestión), lo que supuso un gasto en personal de 39.966,2 euros (una media de 20,3 euros por hora). Las fases de mayor coste fueron las de trabajo de grupo (17.509,7 euros) y la Jornada externa de Autoevaluación (12.257,2 euros). Entre las dos sumaron el 75% del gasto de personal. Sumados los materiales y la infraestructura, el coste total del proyecto ascendió a 40.931,4 euros; el 0,03% del presupuesto anual del centro. Cada área priorizada 1.279 euros.

Conclusiones: La autoevaluación EFQM debe contemplarse como una inversión cuyo coste habrá que poner en relación con los beneficios a los que pueda dar lugar en el futuro. El método seguido aparenta un coste directo alto, pero ha demostrado ser productivo (se ha redactado una memoria completa y se han priorizado 32 áreas de mejora) y tiene el valor añadido de su capacidad de implicación, riqueza de visión, impulso y difusión de cultura organizacional y fijación de objetivos compartidos. Por supuesto, el grado de despliegue de esas 32 áreas de mejora será lo que marcará la rentabilidad futura de la inversión realizada.

C-166

LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS EN EL PACIENTE CON MAL PRONÓSTICO

J.F. Solsona, Y. Díaz, A. Pérez, A. Sucarrats, M.P. Gracia y J.C. Martín
Hospital del Mar. Barcelona.

Palabras clave: Recursos, pronóstico.

Objetivo: Evaluar la adjudicación de recursos ante un paciente con mal pronóstico.

Método: Encuesta a 357 profesionales sanitarios de un Hospital Universitario. El escenario consistió en un paciente con un pronóstico de vida de 6 meses, con dos supuestos (buena o mala calidad de vida) en el que se aseguraban siempre, medidas de confort. Se evaluaba la adjudicación, en caso de ser preciso, de los siguientes recursos: Ingreso en UCI con tres posibilidades de estancia previsible (< 10 días, entre 10 y 30 días, y > 30 días), hemodiálisis, transfusión sanguínea, prótesis de cadera, transplante, ingreso en Hospital, antibióticos ante infección bacteriana, marcapasos permanente, y cirugía de buen o mal pronóstico. Las posibilidades de respuesta incluían: siempre indicado, nunca, o depende de otros factores. Previamente se validó la encuesta ante un grupo de 20 profesionales sanitarios. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Existió una gran variabilidad en la adjudicación de recursos. Hasta el 24% de los encuestados consideró que se podría indicar un transplante y un 72% un marcapasos permanente, si el paciente tenía buena calidad de vida. En caso de mala calidad de vida solo un 8,8% indicaba hemodiálisis (60,6% nunca), un 2,4% prótesis de cadera (86,2% nunca) y un 3,9% intervención quirúrgica de mal pronóstico (79,1% nunca). Asimismo existieron diferencias significativas en el recurso UCI dependiendo si el profesional encuestado trabajaba dentro o fuera de la UCI.

Conclusión: Es preciso estandarizar los recursos terapéuticos ante pacientes con escasas posibilidades de supervivencia.

ESTUDIO DE DEMORAS EN LA UNIDAD DE ANÁLISIS URGENTES (UAU) DEL HOSPITAL DE BASURTO

C. Mendoza, A. Tejada, L. Sanz, I. Martínez y B. Varela
Hospital de Basurto. Bilbao.

C-168

Palabras clave: Laboratorio, demoras.

Objetivo: 1. Conocer la RAPIDEZ del proceso del análisis urgente –desde que es solicitado hasta que se recibe el resultado- y 2. Conocer la influencia de cada una de las fases (preanalítica y analítica).

Métodos: Trabajo de campo: Entre el 1 y el 21 de noviembre de 2004.

Muestra: 117 volantes de solicitud de análisis bioquímico procedentes del Servicio de Urgencias del Hospital de Basurto y registrados en la UAU.

Variables de estudio: Hora de solicitud, hora de extracción, hora de registro y hora de impresión en UAU. El informe es captado por el Sistema

Informático del Hospital (SIH) de manera instantánea tras su impresión.

Ánalisis estadístico: Demora media (+/- desviación estándar) y Percentil 90 de la demora. Se realiza un análisis de regresión lineal para conocer la influencia de cada una de las fases en el tiempo total.

Resultados: 1. *Tiempo total:* Tiempo que transcurre desde que el facultativo del Servicio de Urgencias solicita el análisis hasta que los resultados

pueden ser visualizados en el SIH (n = 49); 2. *Demora media:* 49 minutos (+/- 29); Percentil 90: 1 hora 25 minutos. 3. *Tiempos parciales (clasificación por fases):* a. *Fase preanalítica:* extracción: tiempo que transcurre desde que el facultativo solicita el análisis hasta que el personal de enfermería extrae la muestra (n = 12). Demora media: 5 minutos (+/- 6); Percentil 90: 16 minutos. Envío: tiempo que transcurre desde que el personal de enfermería extrae la muestra hasta que ésta es registrada en el SIL (sistema informático del laboratorio) (n = 80) Demora media: 16 minutos (+/- 14); Percentil 90: 38 minutos. b. *Fase analítica:* tiempo que transcurre desde que la muestra es registrada en el SIL hasta que se imprime el informe de resultados (n = 117). Demora media: 31 minutos (+/- 28); Percentil 90: 46 minutos.

Conclusiones: 1. El proceso TOTAL se realiza, por término medio en 49 minutos; sin embargo, hay una gran variabilidad en los tiempos. 2. Fase preanalítica –demora_EXTRACCION + demora_ENVÍO + demora_ESPERA en UAU:– transcurren 21 minutos por término medio desde que el facultativo solicita el análisis hasta que el volante es registrado en el SIL. 3. Fase analítica –demora_LABORATORIO- influye con un 71,6%. Transcurren 31 minutos, por término medio, desde que el facultativo solicita el análisis hasta que el volante es registrado en el S.I.L. 4. Las fases que más influyen en la variabilidad de los datos son la Demora en el ENVÍO + ESPERA en UAU y el tiempo de realización del análisis en la UAU (explican cada uno alrededor de un 70% de la variabilidad global).

MESA 22**Acreditación (III)****ANÁLISIS DE EVIDENCIAS POSITIVAS Y ÁREAS DE MEJORA REFERIDAS A ASPECTOS ESTRUCTURALES EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN**

J.L. Arjona, S. Nogueras, M. Román, R. Carabaño, B. Romero y D. Núñez
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

C-169

Palabras clave: Calidad, Acreditación, Áreas de mejora.

Objetivo: Analizar las áreas temáticas de los aspectos estructurales desarrollados en los estándares de programas de acreditación de centros (PA) y unidades de gestión clínica (UGC), a través de las evidencias positivas (EP) y áreas de mejora (AM) de los procesos de acreditación. **Metodología:** Estudio descriptivo de las EP hechos constatables que justifican e cumplimiento de un estándar y AM identificadas por los profesionales en los PA, considerando 26 finalizados (5 Centros Hospitalarios, 13 UGC Atención Primaria y 8 UGC Atención Especializada), referidas a los aspectos estructurales, del Bloque IV de estructura del programa de acreditación de centros (132 estándares); Bloque IV de estructura y criterio de dirección del Bloque II del programa de acreditación de UGC (36 estándares), de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Resultados: Se identificaron 3.055 EP y 801 áreas de AM referidas a estructuras. Figuran programa, criterio, EP por proyecto y estándar (EPPE) y AM por proyecto y estándar (AMPE).

Programa de acreditación centros: Criterio 8A (EPPE 1,70, AMPE 0,38), 8B (1,13, 0,25), 8C (2, 0,50); 8D (1,62, 0,30), 8E (1,32, 0,56), 8F (0,76, 0,03), 9A (1,45, 0,20), 9B (1,28, 0,35), 9C (1,60, 0,20), 9D (0,90, 0,40), 9E (2,44, 0,64), 10A y B (1,48, 0,17), 10C (1,74, 0,62), 10D (0,96, 0,20)

Programa de acreditación UGC AP: Criterio 6 (5,59, 1,63), 8 (2,80, 1,25) 9 (2,36, 0,52), 10 (3,46, 0,78)

Programa de acreditación UGC AE: Criterio 6 (3,09, 0,44), 8 (2,33, 0,56), 9 (1,55, 0,30), 10 (1,79, 0,77).

Conclusiones: La generación de AM ha sido superior en los PA de las UGC. La identificación de EP referidas a los estándares de estructura no han mermado la generación de AM para estos criterios/subcriterios, contribuyendo estas nuevas áreas al desarrollo de la mejora continua en los centros y UGC. Para el programa de acreditación de centros las AM identificadas han destacado el manejo de emergencias y la gestión del equipamiento (referente al criterio 8: estructura, equipamiento y proveedores), protección de datos (criterio 9: sistemas de información) y evaluación especialmente referidas a acontecimientos adversos (criterio 10: sistemas de calidad). En el programa de acreditación de UGC las AM generadas han estado referidas a la accesibilidad, seguridad y mantenimiento (relativas al criterio 6) y gestión de acontecimientos adversos (criterio 10). Destacando específicamente en el ámbito de UGC de Atención Primaria las estrategias directivas enfocadas a la accesibilidad, seguridad y mantenimiento de los centros.

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA Y CENTROS TRAS EVALUACIÓN EXTERNA

M. Román, D. Núñez, R. Carabaño, J.L. Arjona, J.M. Turiño y S. Nogueras
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Calidad, Acreditación, Estándares.

Objetivo: El Modelo de acreditación parte de la definición de estándares de calidad, con los que los Centros y Unidades de Gestión Clínica (UGC), caminan hacia la mejora de sus servicios. Nos planteamos analizar el grado de cumplimiento de estos estándares.

Método: Estudio descriptivo del cumplimiento de estándares (excluidos los obligatorios) en 5 Hospitales, 1 Centro de Salud, 8 UGC de Atención Especializada y 9 UGC de Atención Primaria, tras la realización de la evaluación externa por profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Los manuales que conforman los Programas de Acreditación, se estructuran en 5 bloques, que se componen de 11 criterios que aluden a las diferentes dimensiones de la calidad (1 Usuarios: Satisfacción, Participación y Derechos. 2 Accesibilidad y Continuidad de la asistencia. 3 Documentación clínica. 4 Gestión por Procesos Asistenciales. 5 Actividades de promoción y Programas de Salud. 6 Dirección 7 Profesionales, Desarrollo y Formación. 8 Estructura, equipamiento y proveedores. 9 Sistemas y tecnologías de la Información y las comunicaciones. 10 Sistemas de Calidad. 11 Resultados clave).

Resultados: El promedio (%) de cumplimiento de estándares agrupados por criterios (excluidos los obligatorios) se resume en:

UGC Atención Primaria: 42,9, 52,5, 66,7, 59, 74,1, 51,1, 26,5, 39,7, 44,4, 72,2 y 27,8.

UGC Especializada: 46,4, 65,9, 58,3, 56,3, 54,2, 44,4, 26, 67,2, 46,4, 58,3 y 43,8.

Hospitales: 37,8, 59,3, 50,7, 26,4, 32,4, 65, 38,3, 54,9, 75,6, 38,8 y 55,7.

Conclusiones: En los Hospitales, se observa un mayor grado de cumplimiento en estándares relacionados con Dirección, Profesionales, Desarrollo y Formación y Sistemas y tecnologías de la información. En las UGC de Atención Especializada, el mayor grado de cumplimiento de estándares se encuentra en: Usuarios, Satisfacción, participación y derechos, Accesibilidad y continuidad de la asistencia y Estructura, equipamiento y proveedores. En UGC de Atención Primaria, Documentación clínica, Gestión por Procesos Asistenciales y Actividades de Promoción y Programas de Salud, son los criterios con un mayor grado de cumplimiento. De manera global el criterio relacionado con Accesibilidad al SSPA, es el que mayor grado de cumplimiento presenta. Observamos que hay que potenciar las áreas relacionadas con Profesionales, tanto en UGC, como en Hospitales. Sería interesante trabajar en la elaboración de procedimientos sistematizados para detectar puntos críticos en Atención Primaria, para elevar el grado de cumplimiento de resultados.

C-170**COMPARACIÓN DE UNA AUTOEVALUACIÓN MEDIANTE EFQM Y UN NUEVO MODELO DE ACREDITACIÓN HOSPITALARIA**

J. Monteis, J. Vilarasau y C. Mompo
Hospital General de L'Hospitalet.

C-172

Palabras clave: EFQM, acreditación, autevaluación.

Objetivo: Comparación de la puntuación obtenida (global y por criterios) de un nuevo modelo autonómico de evaluación de la calidad hospitalaria con el modelo clásico de autoevaluación mediante EFQM.

Método: El modelo de evaluación de la calidad asistencial de hospitales de agudos está basado en el EFQM i Joint Comision, entre otros, definido mediante un total de 29 subcriterios, 74 agrupadores conceptuales (agrupador temático de estándares para cada subcriterio) y 1516 estándares. Aplicación del modelo en el Hospital como parte de un estudio piloto multicéntrico. Autoevaluación EFQM del mismo hospital mediante la herramienta Perfil. Comparación de la puntuación obtenida por cada criterio en ambos sistemas de evaluación. El equipo evaluador ha sido el mismo en ambos procesos.

Resultados: La puntuación de cada criterio según el estudio piloto del nuevo modelo de acreditación y de la autoevaluación del EFQM fue la siguiente: Criterio Est. Piloto EFQM. 1. Liderazgo 51,3 36. 2. Política y estrategia 19,6 25. 3. Personas 20,1 24. 4. Alianzas y recursos 41,9 30. 5. Procesos 79,8 44. 6. Resultados clientes 68,8 53. 7. Resultados personas 34,2 11. 8. Resultados sociedad 9,2 11. 9. Resultados clave 67 57. La puntuación global obtenida en el estudio piloto del nuevo modelo de acreditación es superior a la de la autoevaluación con EFQM (391,9 vs. 291). La puntuación de los criterios de resultados es superior en el estudio piloto. La diferencia mayor se registra en el criterio nº 5 (Procesos) y la menor en el nº 8 (Resultados sociedad).

Conclusiones: 1. La introducción de agrupadores conceptuales y estándares facilita la comprensión del modelo EFQM y su aplicación en los centros hospitalarios. 2. La puntuación global es superior en el estudio piloto, sobretodo en los criterios de resultados. 3. El nuevo modelo de evaluación puede utilizarse como modelo de acreditación hospitalaria, es una forma de incorporación de la mejora continua, y permite detectar y priorizar las acciones de mejora.

PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE CENTROS: EXPERIENCIA ORGANIZATIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR DE CÁDIZ

F. Carral, R. de la Torre, E. Domínguez, M.J. Cabeza-de-Vaca, F.J. González, M.J. Magdalena y J. Rubio
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Acreditación; Calidad; Hospital.

Introducción: El Hospital Universitario Puerta del Mar comprende en su área las poblaciones de Cádiz y San Fernando (223.420 habitantes en el año 2004), siendo, además, Hospital de referencia de un gran número de especialidades para el resto de la Provincia (1.164.374 habitantes). El Hospital dispone de aproximadamente 769 camas de hospitalización, 12 hospitales de día, 17 quirófanos y 69 locales de consulta. En el Hospital trabaja una plantilla de aproximadamente 2.700 trabajadores.

Objetivos: Describir la organización del Proceso de Acreditación de Centros de la Agencia de Calidad en el Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz.

Metodología: El Hospital Puerta del Mar se encuentra inmerso en un Proceso de Acreditación cuyo principal objetivo es la búsqueda de una mejora continua de los servicios que presta, contribuyendo además a impulsar el trabajo y la cultura de calidad integral. Se describe la organización y evolución de las Fases I (Preparación) y II (Autoevaluación) de la Acreditación del Centro.

Resultados: La Fase I se inició en Noviembre de 2003 con la formación de un Grupo para la Acreditación de la Calidad, el cual evaluó la implantación de los estándares en el Centro y propuso 10 líneas prioritarias de actuación. En Octubre de 2004 se constituyó un nuevo Grupo de Acreditación que estableció un Plan de Acreditación que incluía la ejecución de 75 áreas de mejora, las cuales fueron aprobadas en Febrero de 2005, coincidiendo con el inicio de la Fase II. Desde entonces se han constituido 17 nuevos grupos de trabajo, se ha implicado a tres Comisiones y se ha hecho partícipe a las 5 direcciones y a 6 Servicios clave del Hospital. Hasta Mayo de 2005 la autoevaluación identifica como cumplidos un 15% del total de los estándares del Grupo I, estando previsto alcanzar el 100% en el último trimestre del año (fase III o de evaluación externa). Hasta la actualidad, se han incorporado al Programa de Acreditación un total de 137 distintas áreas de mejora, el 19,7% de las cuales han sido ya implantadas.

Conclusiones: El Programa de acreditación de Centros del SSPA constituye una herramienta útil que permite comprobar en qué medida las actividades se realizan de acuerdo a unas normas centrales de calidad, integrar e impulsar las líneas estratégicas definidas en el Plan de Calidad del SSPA, asimilar buenas prácticas asistenciales y no asistenciales de otros Hospitales y establecer una dinámica de mejora continua y de garantía de calidad.

C-171**LA ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS SEGÚN LOS ESTÁNDARES DE LA JOINT COMMISSION COMO METODOLOGÍA DE MEJORA CONTINUA**

L. Rios, A. Ibiricu, Y. Vasco, O. Doblado, J. Puig y M. Martín
CAP Cambrils. Tarragona.

C-173

Palabras clave: Metodología. Joint Commission. Procedimientos.

Objetivo: Definir una metodología única para la elaboración y difusión de todos los procedimientos, asistenciales y no asistenciales del centro, basada en los estándares Joint Commission (JC), como herramienta para la mejora continua.

Metodología: 1. Definición de un modelo consensuado de redacción de los procedimientos, según estándares JC con el siguiente formato: definición del procedimiento, objetivo del mismo, material y metodología, aspectos a destacar, medidas de control, responsable del mismo y fecha de revisión. 2. Definir todos los procedimientos por parte de equipos de mejora interdisciplinares y propuesta de mejoras 3. Darlos a conocer en sesión a todo el equipo para su aprobación 4. Aprobación por la dirección del centro 5. Acceso a los mismos de todos los profesionales tanto en formato papel como en soporte informático.

Resultados: Hemos definido un total de 150 procedimientos, agrupados de la siguiente manera: 13 procedimientos relacionados con derechos del paciente y ética de la organización; 14 sobre evaluación de pacientes; 48 referidos a asistencia a pacientes, 4 sobre educación a pacientes, 2 referentes a continuidad de la asistencia, 14 sobre la gestión del entorno de la asistencia, 18 sobre gestión de la información, 11 sobre vigilancia, prevención y control de la infección y 26 procedimientos administrativos. Todos han sido presentados en sesión y aprobados por consenso por el equipo y la dirección del centro, estando disponibles en formato papel y en soporte informático en cualquier momento para cualquier profesional del centro, teniendo todos un responsable de su monitorización y revisión.

Conclusiones: La elaboración de los procedimientos, siguiendo los estándares JC, nos ha aportado una metodología de trabajo que permite tener todos los procedimientos al alcance de los profesionales del centro, incluso a los de nueva incorporación, aportando mayor seguridad en nuestra actividad profesional y para nuestros usuarios. Los procedimientos consensuados nos permiten disminuir la variabilidad en nuestras actuaciones. Nos ha aportado una herramienta de mejora continua en nuestro trabajo diario.

AUTOEVALUACIÓN EFQM EN UN DEPARTAMENTO DEL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPIALET: ¿QUÉ APORTA?

C. Mompó y L. Ferrús
Hospital General de L'Hospitalet.

Palabras clave: EFQM, enfermería, calidad.

Objetivo: Valorar la idoneidad de realizar una autoevaluación según el Modelo EFQM en el Departamento de Enfermería, en un Hospital donde se realizan autoevaluaciones bienales con el mismo modelo de excelencia.

Metodología: Elaboración de memoria; elección y formación del equipo evaluador (9 mandos del Departamento y 3 externos al mismo); autoevaluación; elaboración del informe de resultados; consenso del informe por el equipo de dirección del Departamento y elección de 3 acciones de mejora (teniendo en cuenta el principio de excelencia de orientación a resultados y al cliente); evaluación del proceso mediante encuesta a evaluadores y resto de mandos de enfermería. Recursos utilizados: 35h por cada evaluador (12h de formación; 12h de evaluación; 4h de revisión individual de la puntuación a partir del informe preliminar de puntos fuertes y áreas de mejora; 7 de consenso final) y 7h por cada mando del Departamento (4h de revisión de memoria e informe de consenso, 3h de sesión de elección de objetivos).

Resultados: Resultados autoevaluación: 249 puntos y 26 áreas de mejora de las cuales se han escogido 3 como objetivos para el 2005: mejora de la relación enfermera – cliente; sistematizar la elaboración, despliegue y evaluación del plan de formación continuada; establecer un sistema de información de procesos único e integrado. Resultados encuesta: 1. Qué ha aportado: mayor conocimiento de lo que se hace y el porqué; visión más amplia; mejora la capacidad de análisis; nueva metodología de trabajo; importancia de evidenciar y registrar lo que se hace; objetivar áreas de mejora que se percibían (falta de seguimiento, revisión y aprendizaje); mejora el trabajo en equipo. 2. Áreas de mejora: formación más práctica; adecuar la memoria para que facilite la evaluación; reducir el número de evaluadores del equipo de dirección del Departamento para hacer compatible el tiempo de dedicación con las tareas habituales. 3. ¿Vale la pena repetirla cada dos años? Sí (8 personas), no (2 personas).

Conclusiones: La evaluación de un departamento supone un enriquecimiento para los evaluadores y para el propio departamento pues permite conocer más a fondo los principios de excelencia y encontrar formas concretas para su aplicación en el trabajo diario. La participación de la mayoría de los mandos (9 de 13) ha supuesto una implicación más fuerte de la cultura del Modelo EFQM en el Departamento de Enfermería.

C-174

SEGUIMIENTO DE AUDITS EXTERNOS (CERTIFICACIONES, ACREDITACIONES Y EVALUACIONES) EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Carrera, A. Anglada, R.M. Vivet, R. Toribio, J. Castellano y J. Buxaderas
Hospital General de Vic.

Palabras clave: Audit, Mejora, Registro.

Para garantizar la competencia y de calidad de los Hospitales se realizan acreditaciones, certificaciones y evaluaciones, garantizando de forma externa al Centro el nivel conseguido. Estos audits, realizados externamente, son cada vez más frecuentes y las áreas de mejora detectadas sirven para impulsar la mejora en la organización. El Hospital General de Vic, centro de agudos de referencia de la comarca de Osona, con una capacidad de 235 camas, a finales de 2004 se planteó como objetivo analizar los audits del Centro, para establecer propuestas de mejoras específicas. La metodología utilizada se inició con el análisis por parte de la unidad de Calidad, del estado de situación de los audits en el Centro, proponiendo se un registro específico donde constasen los parámetros considerados básicos para su posterior seguimiento (fecha de realización, revisión del próximo audit, resultado obtenido, objetivo global a conseguir, custodia de la información), y se estableció un registro para el plan de mejora propuesto (área de mejora, objetivo final, responsable de cada uno de los objetivos, año de realización, coste económico, responsable global del plan). El plan de mejora precisa la aprobación del comité de dirección, incorporándose su cumplimiento a los objetivos específicos anuales de los servicios asistenciales. Como resultado del análisis del estado de situación inicial, el Centro cuenta con 15 audits que evalúan de forma general el Centro (acreditación, LOPD...), y 10 específicos de diferentes servicios asistenciales y de soporte (ISO). Se ha realizado el registro de los parámetros generales en el 100% de los audits y disponen de plan de mejora el 40%, aprobándose todos en comité de dirección. Constancia del cumplimiento de diferentes planes de mejora, en los objetivos 2005 de los jefes de servicio/área. *Dirección participativa por objetivos:* 70% en enfermería, 81,8% en médicos, 60% en Directores funcionales y 60% en servicios de soporte no asistenciales. Las conclusiones más relevantes del análisis inicial han sido la detección del gran número de audits que realiza el centro de forma periódica, y la dispersión en la custodia de la información específica de cada tema. Falta de información de alguno de los parámetros básicos que forman parte del registro de los audits. Planes de mejora muy ambiciosos a nivel del audit individual, dando una visión de gran volumen de áreas de mejora de forma global. La incorporación del cumplimiento de planes de mejora dentro de los objetivos de los jefes de servicio/área.

C-176

ACREDITACIÓN: ¿META O RECORRIDO?

M. Bayona, F. Ojeda y G. Ortega
Distrito Sanitario Serranía de Ronda. Málaga.

C-175

Palabras clave: Acreditación, Atención primaria, motivación

Introducción: Iniciar un proyecto de acreditación es iniciar una aventura, un viaje por la mejora continua cuya meta se vislumbra al horizonte. Tenemos experiencia en la dirección por instrucciones, por objetivos. Acostumbramos a trabajar preocupados por la consecución de resultados, lugar al que arribar con la esperanza de recompensa y nos apresuramos en llegar. Llegar a la meta supone logros, pero y después qué? A veces el vacío, a veces empezar de cero, y a veces la insatisfacción porque en la meta no encontramos lo esperado. Apresurarse en llegar impide disfrutar del viaje, obtener del camino experiencias, conocimiento, saber...

Objetivos: 1. Constatar si los profesionales perciben el valor de la mejora continua y la mejora continua como valor, evidencian- do así el funcionamiento de la Dirección por valores. 2. Explorar el grado de implicación, motivación y satisfacción de los profesionales en el proceso de mejora continua en la que está inmerso el distrito.

Material y métodos: Una encuesta de evaluación cualitativa a una muestra significativa de los profesionales y dos grupos focales, en los que están representados todas las categorías profesionales.

Resultados: 1. Motivación: Resultado encuesta y grupos focales 2. Satisfacción: Resultado encuesta y grupos focales 3. Implicación: Resultado encuesta y grupos focales.

Conclusiones: Se evidencia la importancia que los profesionales dan a los cambios y mejoras que se producen en la actividad cotidiana, a diferencia de la atribuida a la consecución de resultados o metas a largo plazo, y la satisfacción que esto les produce. El proceso de acreditación ha servido a los profesionales del distrito, para entender que lo importante es la mejora continua en el día a día, independientemente del resultado. Obtener la acreditación es un acto de llegada sin más, cuya gran ventaja es el equipaje que se ha ganado en el camino.

MESA 23

Sistemas de información (III)

C-178

INDICADOR SINTÉTICO AJUSTADO DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

F. Cots, F. Macià, M. Riu, C. Hernández y X. Castells
Hospital del Mar – IMAS.

Palabras clave: RME; mortalidad intrahospitalaria; APR-GRD.

Objetivos: La tasa bruta de mortalidad es un indicador crudo que no permite analizar la evolución de la mortalidad temporalmente y tampoco respecto a un estándar externo. La Agencia Americana para la Investigación en Salud y Calidad (AHRQ) contempla los APR-GRD como el sistema de ajuste de riesgo más apropiado para el análisis de la mejora de calidad. Los APR-GRD son una familia de los GRD que aportan mayor precisión en la determinación de niveles de severidad y riesgo de muerte. A partir de ellos, nos proponemos construir un indicador sintético que permita evaluar la evolución de la mortalidad.

Métodos: Se analizan las altas de pacientes ingresados en los hospitales del IMAS-Barcelona durante los años 2003 y 2004 (37.518 pacientes). Sobre la Base del CMBDAH se agrupan las altas mediante los APR-GRD, lo que supone agrupaciones de patología y estratificaciones en cuatro niveles de riesgo de muerte que tienen en cuenta tanto los diferentes diagnósticos secundarios (comorbilidades y complicaciones) como la edad. Para la comparación 2004 respecto 2003 se utiliza la razón estandarizada con método indirecto: $RME = \frac{\text{muertes observadas 2004}}{\text{muertes esperadas 2004}}$. Las muertes esperadas se estiman a partir de la actividad 2004 utilizando las tasas 2003 para cada estrato de riesgo de muerte de cada grupo de patología: $\Sigma_i \left[\frac{\text{altas 2004 GRD+estrato}i}{\text{muertes 2003 GRD+estrato}i} \right] * \left(\frac{\text{muertes 2003 GRD+estrato}i}{\text{muertes 2003 GRD+estrato}i} \right)$. La misma metodología se aplica para comparar la mortalidad 2004 con el estándar construido sobre la base del CMBDAH de los hospitales de utilización pública de Cataluña (XHUP).

Resultados: 2004 / 2003 2004 / XHUP Razón Estandarizada de Mortalidad (RME) 0,953 0,701 Mortalidad bruta 0,911 1,084.

Conclusiones: Los resultados nos permiten tener una visión comparativa ajustada con dos vectores, uno temporal y otro de comparación con un estándar robusto. El ajuste de riesgo nos permite superar los problemas de la tasa cruda al comparar entre categorías iguales. La estandarización con método indirecto nos permite concluir un valor sintético muy útil para evaluar el conjunto de acciones destinadas a reducir la mortalidad intrahospitalaria. La comparación en el ámbito de servicio clínico sería el siguiente nivel lógico de análisis. En este sentido, la comparación temporal presenta la dificultad de los servicios intermedios como las unidades de cuidados intensivos, que acumulan como alta propia solamente las producidas por defunción del paciente.

TEST CMBD 2005: PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD DEL CMBD

J.J. Pirla y S. Cabrera
Hospital de Jerez.

Palabras clave: CMBD calidad.

TestCMBD 2005 programa para el control de la calidad del CMBDA. El Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía (CMBDA) es un grupo de 68 datos referidos a diferentes aspectos de la hospitalización de los pacientes que han de ser debidamente cumplimentados en los hospitales y por los que se pueden obtener información de gran interés para conocer el funcionamiento de los mismos. Para evitar la introducción de errores en dichos datos, se ha desarrollado un programa informático que detecta una serie de errores que pueden aparecer en el CMBD. La aplicación chequea tanto ficheros de CMBD como de CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), detectando un total de 70 errores distintos.

Objetivos: 1) Detectar de una manera sencilla para el usuario los errores más frecuentes del CMBDA y CMA. 2) Mejorar la calidad de las bases de datos de CMBDA y CMA con datos más fiables. 3) Facilitar el control de la calidad de la codificación mediante listados y utilidades de distintos tipos.

Metodología: Desarrollado en Visual C++ 6.0, el programa realiza, a cada uno de los registros del CMBDA una serie de cheques encaminados a verificar la coherencia de los datos. El programa detecta como errores datos incongruentes o incorrectos en dos grupos: 1. *Errores seguros*: son aquéllos que cuando aparecen indican un error que necesariamente hay que corregir. Se han definido hasta 55 errores de este tipo 2. *Errores posibles*: son aquéllos que cuando aparecen indican un posible error y son sólo indicativos del mismo por lo que es conveniente repasarlos. Se han definido hasta 15 errores de este tipo. La opción de Listados realiza una serie de listados en pantalla o por impresora. La opción de Utilidades puede realizar: importar ficheros, analizar estructuras, exportar errores, añadir histórico, búsquedas de Diagnósticos y Procedimientos, búsqueda de reingresos, solapamientos y duplicidades y exportar con formato oficial.

Resultados y conclusiones: El desarrollo de una aplicación informática que minimice la posibilidad de incluir datos erróneos en ficheros clínicos pretende mejorar la calidad de los datos básicos y esenciales de la actividad hospitalaria. De esta manera la no inclusión de errores en los mismos, y que además puedan ser detectables de manera automatizada, incide necesariamente en una mayor fiabilidad de los mismos con un mínimo esfuerzo de depuración. Esto es imprescindible para tener confianza en la validez de dichos datos en cualquier tipo de explotación y toma de decisiones basadas en ellos.

C-177

¿CODIFICACIÓN CLÍNICA? UNA GRAN DESCONOCIDA

F.J. García, E. Graña, V. Ybarra y M.C. Morales
Fundación Hospital Alcorcón.

C-179

Palabras clave: Codificación, Grd, Historia Clínica.

Desde la implantación por el Ministerio de Sanidad y Consumo del CMBD al alta de todos los pacientes ingresados en Centros Hospitalarios se establece que las Unidades de codificación sean las encargadas de dar consistencia al CMBD. Desde entonces se considera la base de datos clínico-administrativa más importante en los centros (es confrontable con otras bases de datos, de fácil manejo, excelente disponibilidad y bajo coste). En algunos casos es utilizada como sistema de financiación para lo cual mensualmente se agrupa información de los procesos asistenciales, de forma que, el peso de esta actividad conforme al precio de la Unidad de Complejidad Hospitalaria UCH) reporta la facturación del hospital. Por este motivo, cuando en dos meses consecutivos se comprobó que se había producido una caída importante del peso en la actividad, se decidió realizar una revisión de la información recogida.

Objetivos: Recuperar el máximo de información recogida en la historia clínica electrónica (HCE).

Metodología: Estudio retrospectivo. Período de estudio: septiembre y octubre 2003 y 2004. 2 codificadores revisaron HCE, incluyendo evolución médica y de enfermería. Revisión de las altas de las unidades con mayor disminución del peso respecto al mismo período del año anterior. Revisión de los GRDs no complicados y de aquellos procesos en los que el número de estancias excediera al del GRD.

Resultados: Septiembre: De 643 altas pertenecientes a 14 unidades (47,8% del total de altas producidas en el mes), se revisaron 154 procesos. Se produjo incremento de diagnósticos y/o procedimientos en el 33,1%. Octubre: se analizaron 1130 sobre 1561 correspondientes a 18 unidades, se modificó la codificación de 120 procesos. Los resultados de las modificaciones producidas incrementaron el peso cinco centésimas cada uno de los meses. Este incremento tuvo una relevancia substancial en el proceso de facturación pues, las modificaciones realizadas permitieron recuperar cerca de 280.000 euros.

Conclusiones: La información clínica debe ser fiable y accesible pero, además debe estar perfectamente estructurada y recogida en su totalidad en el registro de alta de los pacientes. La importancia de la información junto con la calidad y el rigor en la codificación es fundamental en los centros hospitalarios pero, sobre todo, en aquellos que dependen de una cuenta de resultados como en nuestro caso. El impacto económico es importante: la revisión requirió la contratación de una persona durante 3 meses (5000 euros) y el incremento en la facturación fue de 280.000 euros.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN DEL SERVICIO DE RADIOFÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

J. Almansa, E. Angulo, M. Iborra, J. Torres y R. Guerrero
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Dosimetría Personal TPE, página web.

En materia de protección radiológica, el Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica (SRPR) del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz tiene un área de cobertura, que incluye, además del propio Hospital, el Hospital Punta de Europa de Algeciras, el Hospital de La Línea, el Centro de Alta Resolución de Cádiz y los Centros Periféricos de Especialidades de San Fernando y Menéndez Tolosa (Algeciras). Una de las funciones del SRPR es la gestión de los dosímetros personales, y en particular la información y formación de los Trabajadores Profesionalmente Exuestos (TPE). Según el Plan de Calidad de la Consejería de Salud, la comunicación se concibe como una herramienta más de gestión encaminada a mejorar los resultados de la organización y a asegurar la satisfacción de los trabajadores. En la época en que vivimos, es fundamental el uso de las nuevas tecnologías (internet) como herramientas de comunicación e información interna y externa. Aprovechando el lanzamiento de la página web del hospital, el SRPR ha diseñado una serie de contenidos para incluir en ella (información de cursos, de investigación, acceso a documentación de interés,...) y, además, ha creado una aplicación informática completa de gestión de la información dosimétrica de los TPE (base de datos, herramientas de administración, y herramientas de información) integrada en dicha página web, con las herramientas necesarias para una adecuada comunicación entre los profesionales y el SRPR (Modificación de datos personales, informes anuales, dosis mensuales,...). Se ha procurado dotar al sistema de un conjunto razonable de medidas de seguridad a través de un sistema de gestión de contraseñas, un registro de las actividades realizadas y la utilización del protocolo SSL. A su vez, se han mantenido los costes de producción (software) tan bajos como ha sido posible, utilizando herramientas de software libre, apoyando de esta forma la apuesta de la Junta de Andalucía por su uso. Con este proyecto, se ha conseguido una mayor eficacia, eficiencia y dinamismo del servicio prestado a los profesionales, asegurando la integridad, privacidad y confidencialidad de los datos, y reduciendo a su vez los costes (en tiempo y dinero) asociados a la burocracia interna. En conclusión, se ha dinamizado la gestión de la información y comunicación facilitada por el Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica del Hospital Universitario Puerta del Mar.

C-180**TRANSFORMACIÓN DEL ARCHIVO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

A. Lara, A. Jiménez, A. García, L. Moreno, L. Raya y P. Jiménez
Hospital Costa del Sol.

Palabras clave: Historia clínica informática.

Objetivo: El Proyecto de la historia clínica electrónica comenzó en el Hospital Costa del Sol a mediados de 2000 en un único servicio clínico. Desde 2004 la totalidad de áreas asistenciales de nuestro centro trabaja con historias informatizadas en las que también se incluyen las radiografías. Nuestro objetivo fue evaluar cuantitativamente la transformación que sufrió la actividad en el Archivo del hospital tras la implantación progresiva de la historia clínica electrónica en las distintas áreas asistenciales.

Método: El hospital Costa del Sol dispone de aplicaciones informáticas que permiten grabar los movimientos físicos de cualquier historial, de esta manera se ha realizado una consulta a la aplicación solicitando los préstamos de historiales entre el 2001 y 2004, dividiéndolo por años y tipo de préstamos. Los datos cuantitativos de la actividad del hospital se similar reflejando un aumento de actividad frente a una disminución del número de préstamos. En urgencias las asistencias aumentaron de 104.571 en 2001 a 122.271 en 2004, mientras que los préstamos se redujeron de 159.900 a 95.489. En Hospitalización programada y CMA se siguieron prestando físicamente las historias. En cuanto a la actividad global el aumento fue de 277.435 episodios en 2001 a 374.558 en 2004, mientras que los préstamos se redujeron de 197.651 a 117.221.

Conclusiones: Independientemente de las mejoras cualitativas en cuanto a rapidez, disminución de pérdidas, o préstamos a varios usuarios a la vez, el uso de la historia clínica electrónica ha supuesto un importante descenso de los préstamos del archivo que ha reducido estos en más de un 40% en cuatro años a pesar de un aumento en la actividad asistencial de más del 35%.

C-182**SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA DIABETES: PLAN INTEGRAL DE DIABETES DE ANDALUCÍA**

I. Fernández, E. Mayoral, V. Regife, M. Sánchez-Lanuza, C. Prieto y C. Lama
Servicio Andaluz de Salud. Plan Integral de Diabetes.

Palabras clave: Diabetes, Sistemas de Información.

Objetivos: Los sistemas de información (SI) proporcionan datos que permiten la planificación, gestión y evaluación de cualquier plan de salud, y sirven como instrumento de apoyo para la asistencia, investigación y actividades de formación. En este trabajo se describen los SI utilizados en el desarrollo y seguimiento del Plan Integral de Diabetes de Andalucía, 2003-2007.

Metodología: A partir de las conclusiones de un grupo de expertos, se identifican los mejores SI disponibles en relación con la epidemiología y la atención sanitaria a la diabetes mellitus (DM) en Andalucía durante los últimos 6 años. Para cada uno de ellos, se extraen los códigos relacionados con la DM y se realiza el análisis de los datos.

Resultados: Se seleccionan cinco grandes fuentes de información a nivel de la comunidad autónoma andaluza: registros de mortalidad, conjunto mínimo básico de datos en alta hospitalaria (CMBD), sistema de información farmacéutica (SIFAR), registro de enfermedad renal crónica y módulo de procesos de la historia clínica informatizada en atención primaria. Estas fuentes permiten monitorizar las siguientes áreas de interés: 1) prevalencia de DM tratada con fármacos, 2) mortalidad, 3) ingresos hospitalarios por complicaciones agudas (cetoacidosis, descompensación hiperosmolar no cetoácea) y crónicas (infartos de miocardio, ictus, úlceras de miembros inferiores, amputaciones y vitrectomías), 4) ingresos hospitalarios por DM y embarazo (DM pregestacional y gestacional), 5) problemas neonatales relacionados con la DM, 6) incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad renal crónica por diabetes en tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante), 7) indicadores asistenciales de proceso y de resultados intermedios, y 8) perfiles de prescripción de fármacos antidiabéticos. Los SI descritos tienen como gran fortaleza su carácter poblacional, con la posibilidad adicional de desagregar los datos obtenidos por niveles, dependiendo del origen de cada fuente (nivel provincial, nivel de áreas hospitalarias o distritos sanitarios, y, en algunos casos, nivel de zonas básicas de salud e incluso centros). Sin embargo, se encuentran algunas limitaciones, como los problemas de codificación y los denominadores en las tasas, que es necesario tener en cuenta para su valoración.

Conclusiones: Disponemos de fuentes de información adecuadas y útiles, aunque susceptibles de mejora, para la monitorización del Plan Integral de Diabetes de Andalucía.

C-181**DOS NUEVAS FÓRMULAS DE REINGRESO PARA DIFERENTES NECESIDADES: FACTURACIÓN Y CALIDAD ASISTENCIAL**

Y. Montes e I. Rodrigo
Servicio Navarro de Salud.

Palabras clave: Reingreso, indicador, gestión.

Objetivo: Encontrar dos indicadores de reingresos válidos y automatizables que mejoren las prestaciones de los habitualmente utilizados y aplicables a los cuadros de mando de las áreas de gestión económica y de calidad asistencial.

Metodología: Se han analizado uno a uno los registros de CMBD de 2002 pacientes que han reingresado en el año 2004 en el Servicio Navarro de Salud. Se ha calculado la sensibilidad (S), especificidad (E), VPP Y VPN mediante 3 fórmulas para cada uno de los siguientes conceptos. Reingreso no facturable (RNF) ingreso que con los medios disponibles (técnicos, humanos...) se sospecha innecesario, por poderse atender en un único episodio asistencial. RNC: reingreso en el que se duda de la adecuación del manejo clínico debido a una recurrencia o complicación clínica, posiblemente atribuible al ingreso anterior. Las variables introducidas en cada fórmula son: tipo ingreso, CDM, GRD, diagnóstico (dx) y procedimiento (Pr). Ventana temporal 15 días para RNF y 30 días para RNC. Para cada reingreso se ha analizado su relación con el caso índice mediante el estudio de los dx, Pr y GDRs.

Resultados: Los mejores resultados para satisfacer los dos conceptos mencionados las proporcionaron las siguientes fórmulas; para RNF (S = 72, E = 95, VPP = 90 y VPN = 85): ingreso urgente o programado, mismo GRD, excluidos los tratamientos protocolizados (químico...) 15 días. Para RNC (S = 93, E = 76, VPP = 85 y VPN = 88): ingreso urgente o programado, mismo CDM y determinados GRDs (415,442...) de CDM 18 y 21 en el episodio de reingreso, excluidos tratamientos protocolizados, 30 días.

Conclusiones: Se deben utilizar fórmulas diferentes para necesidades distintas. Las fórmulas propuestas mejoran muchísimo la validez de las utilizadas habitualmente (hasta 50 puntos de diferencia con relación a algunas de ellas en los distintos parámetros: S, E, etc.). Se aconseja una revisión periódicamente de los criterios de cálculo para tener en cuenta las modificaciones en las clasificaciones, cambios organizativos, etc. que puedan afectar su validez. Las organizaciones necesitan fórmulas aplicables al conjunto de registros de alta, como las aquí propuestas, que pueden ser complementadas con las fórmulas a la carta para determinadas patologías o especialidades.

C-183

Palabras clave: ACSC, Atención primaria, S. Información.
Objetivo: Obtener un sistema de información para cuantificar e identificar los episodios de Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) para gestión clínica y revisión de casos por parte de los 5 equipos de APS de nuestra organización. Monitorizar y gestionar el cumplimiento del objetivo ACSC definido por el CatSalut en el contrato 2005.

Material y métodos: Se ha utilizado el CMBDAH desde 1995 inclusive. Se identifican los casos y calculan estadísticos mediante una aplicación ad-hoc en MS-Acces. El método de cálculo de ZBS es distinto entre las dos zonas: TIS para nuestras ZBS, población de residencia para las ZBS ajenas. Los datos se vuelcan a MS-Excel, como gráficos, tablas dinámicas y listados de casos individuales, para remitir a los equipos de APS y a Dirección de APS.

Resultados: Se presentarán las tablas y gráficos del sistema de información resultante. Por una parte, los resultados de los últimos 10 años completos, como punto de partida. Por otra, los resultados que se monitorizan el presente año, estadísticas dinámicas y los listados de casos para revisión por parte de las ZBS. Para la Dirección de APS, existen salidas dinámicas comparativas entre ZBS. Se presentará la experiencia de utilización de esta información durante 2005 por parte de los profesionales de APS.

Conclusiones: El sistema de información elaborado resulta útil para la revisión continuada de los casos ACSC provenientes de la propia ZBS y para monitorizar el resultado del indicador definido por el CatSalut. Asimismo, facilita mantener una buena línea de comunicación entre el hospital y la APS y permite conocer la variabilidad entre las distintas ZBS.

MESA 24

Competencias profesionales (III)

Palabras clave: Competencia profesional, ostomías, formación.

Objetivo: Evaluar la mejora de la competencia profesional tras realización de un taller interactivo de formación continua.

Material y método: *Diseño:* Ciclo de mejora. *Población:* Profesionales de enfermería inscritos en el taller de Manejo del paciente ostomizado. *Criterios:* Se han diseñado 13 criterios agrupados en 3 categorías, utilización correcta de los dispositivos (criterios 1, 6, 7, 8 y 10), características de los estomas (criterios 2, 3, 4 y 5) y cuidados de las ostomías (criterios 9, 11, 12 y 13). *Período:* se realizó la primera evaluación el día del inicio del taller interactivo (25 de octubre de 2004), seguidamente se impartió la actividad formativa como medida de intervención y posteriormente se realizó la 2^a evaluación al finalizar el taller. Así mismo, también se ha realizado una 3^a evaluación a los 6 meses de la actividad formativa.

Resultados: En la 1^a evaluación los criterios 2, 3, 4, 5 y 8 alcanzaron una cumplimentación por encima del 85%. Los criterios con peor cumplimentación fueron el 11 (16,7%), 12 (27,8%), 7 (38,9%) y 13 (44,4%). Tras la intervención se observaron mejoras estadísticamente significativas en los criterios 1, 7, 10, 11, 12 y 13. En la 3^a evaluación pasados 6 meses se mantenían mejoras en todos los criterios respecto a la evaluación inicial y solamente en 4 criterios (10, 11, 12 y 13) había descendido ligeramente la cumplimentación respecto a la 2^a evaluación.

Conclusiones: La utilización de talleres interactivos para la formación continua del personal de enfermería se presenta como una herramienta adecuada para la mejora de la competencia profesional, que así mismo se mantiene en el tiempo.

PRESENTACIÓN DE UN MODELO DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA PROFESIONAL. EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS DE DESARROLLO

A. Collado, E. Morales, T. Espejo, T. Glaria, M. Esquius y M. Vigil
ABS Vandellòs-Hospitalet.

Palabras clave: Evaluación, Competencia profesional.

Objetivo: Presentar un modelo de evaluación de la competencia profesional y analizar su utilidad.

Métodos: Se analizan las evaluaciones realizadas a los profesionales de un centro de salud entre los años 2000 y 2005. Las evaluaciones fueron desarrolladas a partir de: Cuestionario de actitudes utilizado y validado previamente por la empresa: 10 ítems que miden aspectos como la puntuación, la cantidad y calidad del trabajo, la actitud hacia la empresa, la iniciativa, la creatividad, la relación con compañeros y superiores, etc. Cuestionario de competencias técnicas con un modelo diferente para cada grupo profesional en base a la definición previa de competencias realizada por el centro y aprobadas por la empresa. Autoevaluación y, paralelamente, evaluación a cargo del responsable directo de cada profesional. Entrevista personal entre el evaluador y el profesional evaluado para discutir y comparar los resultados de las evaluaciones. Recomendaciones y propuestas de mejora en base a los puntos débiles detectados. Se realiza un análisis de las puntuaciones obtenidas, su evolución en las diferentes evaluaciones y su relación con las propuestas de mejora.

Resultados: Se analizan 13 profesionales. Las puntuaciones medias en las tres evaluaciones fueron 24,6, 28,7 y 26,9 (de un máximo de 40). La mejora total es de 2,3 puntos. Se observa un grupo de 3 profesionales con mejora > 5 puntos que coinciden con aquellos que realizaron acciones formativas de sus competencias técnicas siguiendo el plan de mejora propuesto (1 curso presencial y 2 rotaciones por servicios externos). No se observan mejoras significativas en el resto del personal (rechazan o no realizar las acciones de mejora propuestas).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la evaluación periódica de la competencia resulta una buena herramienta de mejora del desarrollo profesional, especialmente cuando se utiliza como base para planificar la formación. Ha resultado útil, además, para facilitar el diálogo entre los responsables del centro y los profesionales.

C-186

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA COMÚN PARA ESPECIALISTAS EN FORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD EN ANDALUCÍA

T. Campos-García, E. Fernández-Requena, A. Vallejo-Lorencio, D. Prados-Torres, E. Molina y J. Torío
Consejería de Salud. Servicio de Desarrollo Profesional e Investigación.

Palabras clave: Investigación, satisfacción, residentes.

Objetivos: Evaluación del Programa Común para Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud en Andalucía, implantado en nuestra comunidad desde el año 2002.

Métodos: La investigación se ha realizado mediante técnicas cuantitativas y cualitativas. Cualitativamente se ha contado con un grupo de discusión (dinámica de grupo) formado por especialistas para realizar el pretest y llegar al diseño definitivo del cuestionario. Cuantitativamente mediante un cuestionario de evaluación, se ha realizado un análisis estadístico para medir la satisfacción de los residentes incorporados en el programa.

Resultados: Cumplimentación desigual de los datos. Obtención de los resultados medida en diferentes escalas según las provincias. Dificultad de obtención de variables. Interés por el tema de bioética. Rechazo por los temas de legislación. Interés del residente para realizar trabajos de investigación.

Conclusiones: La realización del programa es obligatoria para la obtención del título de especialista. Mejorar los aspectos de la organización y la integración del programa con su actividad habitual. Implicar a las Comisiones de Docencia y a los tutores MIR en el proyecto. Elaboración de un Sistema de Información para el programa.

C-188

PILOTAJE DEL PROGRAMA DE ACREDITACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES DEL MÉDICO/A DE FAMILIA

A. Delgado, J.P. Oliva, M. Ceballos, R. Fernández, M.J. Castro y A. Almuedo
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Acreditación. Competencias profesionales.

Objetivo: Describir el proceso seguido para pilotar el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales del médico/a de familia (MF) de Atención Primaria y los resultados del mismo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal. **Ámbito de estudio:** Dos Distritos Sanitarios (DS) de atención primaria, Granada Sur y Poniente de Almería, que cuentan con 12 zonas básicas, 17 centros de salud con sus consultorios y 150 Médicos/as de Familia (MF). **Sujetos:** Inicialmente decidieron incorporarse al proceso de forma voluntaria 78 (52% de la población diana), de estos se excluyen 4 (5,13%) que no cumplen criterios y 12 (15,4%) que renuncian a continuar, quedando finalmente en el proceso 62 MF (79,5%).

Mediciones e intervenciones: En cada DS realizamos una presentación colectiva del Manual de Competencias, creado por un Comité Técnico Asesor constituido por MF expertos del SSPA (en el que se desarrollan las Competencias, Buenas Prácticas, Evidencias y Pruebas de verificación), y de la aplicación informática para la acreditación (Me_jpra P) Posteriormente hemos realizado entrevistas individuales con los MF incluidos en el proceso para aclarar dudas y recoger sugerencias. Los parámetros a evaluar se refieren a tres áreas: a) El Manual (Nivel e índice de cumplimentación de las Evidencias así como idoneidad de las pruebas). b) Aplicación: facilidad de acceso, comprensión, cumplimentación de las pruebas, c) Carga de trabajo y tiempo requerido para la autoevaluación. Resultados provisionales La inscripción de MF comenzó el 11/3/04. Hasta la fecha (8/06/05) se han mantenido 3 entrevistas personales con cada MF en las que hemos recogido todas las aportaciones realizadas. Se han recibido y contestado 34 mensajes electrónicos a través de la Aplicación Referidas a la Aplicación contamos con 50 aportaciones que han permitido mejorar la utilización por parte de los MF, corregir errores de cálculo en las plantillas de recogida de datos, etc. En relación con el Manual hemos recibido 10 sugerencias para mejorar la formulación de las Evidencias y la definición de algunas pruebas. Falta por hacerse una valoración final del coste en tiempo para el profesional que se acredita.

Conclusiones: Hasta la fecha el desarrollo de la prueba piloto ha aportado mejoras significativas de cara a la implantación definitiva del Manual de Acreditación de Competencias Profesionales de MF.

C-187

¿FUE EFECTIVA LA IMPLANTACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL AÑO 2000?

D. Montserrat, J.R. Martínez, M. Alonso, B. Ayuso
y M.M. López-Tobes
Hospital Puerta de Hierro.

Palabras clave: Consentimiento informado, Mejora continua.

Introducción: En los años 1999 y 2000, tras la realización de una intensa campaña de sensibilización y difusión de resultados de auditorías de historias clínicas, se consideró consolidada la implantación del consentimiento informado en procedimientos clínicos establecidos.

Objetivo: Verificar la situación en el año 2005, estudiando variaciones, analizando las causas y adoptando medidas de mejora.

Metodología: Recopilación de las acciones realizadas en el período de implantación como punto de partida del estudio. Incluye fechas de auditoría, servicios, procedimientos auditados, resultados de cumplimentación de ítems que se incluyen en el texto del C/I y validez de los documentos. Muestreo de historias de pacientes atendidos en el año 2005 con metodología idéntica a la establecida en el año 2000. Auditoría de las historias seleccionadas, cumplimentación de las hojas de recogida de datos, proceso en base de datos, análisis estadístico de resultados y detección de variaciones por contrastes estadísticos. Valoración del ítem relativo a riesgos personalizados, evaluado con anterioridad aunque no exigido para el juicio de validez del año 2000, acorde con la Ley básica 41/2002 de autonomía del paciente.

Resultados: La información de partida que recoge la situación obtenida en el año 2000, se presenta en un cuadro con 10 servicios quirúrgicos, 20 procedimientos y 4 auditorías (1.421 historias clínicas). Los servicios se clasificaron en 3 grupos según su comportamiento inicial de validez (90-95%), (70-80%) y (30-45%). En la cuarta evaluación se consiguió una valoración global de 94% y todos los servicios alcanzaron resultados de validez superiores al 85%. Las 303 historias del año 2005 auditadas hasta el momento, nos avanza que el documento está presente en un 97,4% de estas historias y el porcentaje de validez global es 78,5%. El análisis de validez por grupos desglosa este valor en 85,7%, 79,7% y 72,9%, y queda reducido a 55,1% si en la validez se incluye la exigencia de especificar los riesgos personalizados.

Conclusiones: Se ha confirmado la consolidación de la implantación aunque se ha detectado un cierto empeoramiento, por lo que se considera necesaria una nueva campaña de insistencia. El análisis sobre la ausencia de descripción de "riesgos personalizados" se centra fundamentalmente en ciertos servicios y procedimientos. Se plantean auditorias periódicas de control y seguimiento de servicios con el uso de Gráficos de Control.

C-189

EXPERIENCIAS INNOVADORAS PARA INCENTIVAR Y MEJORAR LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN

M.R. Magallón, B. Bolívar, M. Lanzuela, J.C. García, J.L. Álvarez, S. Reixá y C.S. Arrabal
RedIAPP. Zaragoza

Palabras clave: Investigación, innovación, atención primaria.

Objetivo: Comunicar una experiencia de inicio y desarrollo de un grupo de investigación emergente en atención primaria (AP).

Método: Realización de dos Grupos Nominales con representación de todos los estamentos implicados en el proceso investigador (médicos asistenciales, becarios, técnicos, gerentes, ...), con cuestiones centradas en los siguientes temas: Análisis previo de situación de partida de la investigación en AP. Análisis de las posibles estrategias de incentivación. Descripción del proceso desarrollado por el grupo a raíz de las decisiones priorizadas: logros conseguidos, carencias.

Resultados y conclusiones: Participaron 13 profesionales en los Grupos de trabajo 1. *Análisis de partida:* La investigación lleva la línea de deterioro y desmotivación de la Atención Primaria en general en los últimos años; Existen iniciativas de investigación, loables y voluntaristas, pero existe muy poca investigación de impacto; La investigación no posee valor en los baremos ni cuenta tampoco, sorprendentemente, en el desarrollo de la carrera profesional. El grupo lleva funcionando escasamente tres años a raíz de la iniciativa del Instituto Carlos III de redes temáticas de investigación cooperativa. La investigación no cuenta en la gestión, no hay productividad, ni ninguna otra medida ligada a fomentar la investigación en los centros de salud desde la administración. El peso de la investigación realizada en la atención primaria es escaso en relación con lo esperado, si se tiene en cuenta que en este nivel asistencial trabajan un tercio de los profesionales sanitarios. 2. *Estrategias de mejora:* Por parte de la gestión, debe existir un reconocimiento y apoyo institucional, con iniciativas de fomento a la investigación. Desde el punto de vista del profesional se debe salvar de una vez por todas el obstáculo de que "nosotros no podemos". Favorecer las estructuras de investigación ya existentes: unidades docentes, universidades, fundaciones, institutos. Principales logros conseguidos: liberalización asistencial para dedicación a tareas de investigación. Apoyo metodológico y logístico específico. 12 proyectos financiados desde el inicio de actividad del grupo investigador hace tres años. Reconocimiento oficial institucional por la Consejería de Ciencia.

C-190

RELATOS DE LAS EXPERIENCIAS DE LOS ALUMNOS DEL III DIPLOMA-DIRECCIÓN ESTRÁTÉGICA DE PROFESIONALES SANITARIOS. E.A.S.P.

A. Cazenave, A. Rico, F. Piñango, M.S. Fernández y M. Ruiz
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Formación. Participación. Cohesión.

Introducción: La formación, objetivo básico para la realización del curso, obtener una herramienta de ayuda para la gestión de profesionales sanitarios. Las variables edad, puesto de trabajo, formación académica, han dado valor añadido a la formación de todos los alumnos del curso.

Objetivos: Describir lo que más impactó a los alumnos sobre los contenidos de la formación. Describir qué aspectos, al margen de la estricta formación, han dado valor al mismo.

Método: Se inicia el relato haciendo un análisis de las siguientes variables: edad, sexo, puesto de trabajo, formación académica. A continuación se estudian las experiencias vividas por los alumnos, recogidas a partir de un cuestionario abierto: Lo que más te impactó en la formación. Que encontraste en el grupo y en la escuela que no esperabas, y ha representado un valor añadido a la formación.

Resultado: Todos los alumnos reconocen: 1. Que con las materias impartidas en el curso, se han adquirido claves para mejorar la dirección de profesionales. 2. Que la variabilidad en cuanto al puesto de trabajo y la formación académica de los participantes han incidido notablemente en la formación. 3. Que ha habido una serie de mensajes que han impactado a un número elevado de alumnos. 4. Que parte de los conocimientos van a ser claves para nuestro andar por la vida y aplicables al terreno extraprofesional. 5. Además se ha formado un grupo cohesionado, con importantes lazos afectivos, útiles para el intercambio fluido de conocimientos y estrategias de gestión.

Conclusiones: La formación es un elemento importante para la motivación de los profesionales. En la formación intervienen, no solo el nivel de los docentes, si no las características y cualidades de aquellos a los que va dirigido el curso. El escenario en el que se desarrolla y el grado de participación que se propicia contribuyen notablemente a la formación. La magia del respeto y la afectividad hace que todos los participantes se expresen de forma espontánea contribuyendo esto a compartir todas las experiencias que enriquecen la formación.

C-192

PLAN DE FORMACIÓN PARA JEFES DE UNIDAD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

A. Cazenave, A. Rodríguez y J. Rubio
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Formación. Competencias participación.

Introducción Justificación: Expectativas y cambios de roles de las Unidades y Jefes. Los cambios sociales de los últimos tiempos, las expectativas de los ciudadanos, las tecnologías cambiantes, el incremento del gasto sanitario, etc... hacen necesarios que la formación de los cargos intermedios hospitalarios esté dirigida a desempeñar el papel que en el momento actual se les exige, gestionar y administrar, conocer el mercado, el producto, y trabajar para el cliente en colaboración con sus socios.

Objetivos: Elaborar un plan de formación para Jefes de Unidad del Hospital U. Puerta del Mar de Cádiz, contando con su participación, de acuerdo con las líneas priorizadas por la Dirección Corporativa del Centro.

Material y métodos: Para establecer dicho plan se seleccionaron dos grupos de profesionales, con el objetivo de realizarlo de forma participativa y consensuada. Realizándose técnica cualitativa de grupo nominal. Un grupo constituido por Facultativos Especialistas del hospital con categoría de Jefe de Unidad y otro con los componentes de la Dirección, ambos dirigidos por la Subdirección Médica.

Resultados: Las áreas temáticas seleccionadas por los dos grupos por orden de prioridad fueron diecisiete de las cuales se han propuesto las doce primeras. La Subdirección Médica elevó propuesta a la Dirección Médica- Dirección Gerencia, del Plan diseñado, siendo aprobado en los presupuestos de formación en Comisión de Dirección. De esta propuesta elaborada con los Jefes Clínicos surgió el diseño de un curso que va ser impartido por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Se impartirá los módulos en forma de taller con una duración de ocho horas cada uno a lo largo de dos años.

Conclusiones: El grado de calificación que se requiere, hoy en día, de los Jefes Clínicos hace imprescindible que contemos con sus propias expectativas de formación que necesariamente han de ser concordantes con los nuevos roles que las organizaciones les demandan. La participación en el diseño de esta formación es fundamental para el logro de los objetivos que los Centros les proponen: asumir el papel de gestores eficientes de las Unidades que dirigen... La evaluación de los resultados de la metodología desarrollada durante este año permitirá seguir avanzando en este tipo de procedimientos, que permitan adecuar las necesidades de formación del personal a las nuevas competencias profesionales.

C-191

MESA 25

Gestión por procesos (IV)

ELABORACIÓN DE UNA GUÍA PARA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL HOSPITAL: UNA HERRAMIENTA INTERNA DE GESTIÓN

C-194

O. Moracho, R. Valverde, J.I. Landaluce, E. Ruiz, L. Aguirre y M.V. Salgado
Hospital de Zumarraga.

Palabras clave: Calidad Total, Gestión por procesos.

Objetivo: Elaborar un documento que sirviera tanto a los profesionales de reciente incorporación al hospital con un menor conocimiento de la gestión por procesos como a los gestores de proceso del hospital con una cierta experiencia en su utilización.

Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica que contribuyera a unificar conceptos sobre la metodología de gestión por procesos investigándose sobre la posible existencia de otras. La información encontrada no aportó más de la que ya se tenía decidiéndose elaborar con el material que se disponía una Guía de Gestión por Procesos. Fue escrita por un equipo multidisciplinar con formación en herramientas de gestión y validada por un grupo de personas del hospital con escasa formación en gestión por procesos y difundida entre los gestores de proceso del hospital. La revisión del sistema de Gestión por Procesos ha dado como resultado una nueva guía que incorpora novedades como pueden ser las derivadas de la implantación del sistema informático específico para los procesos, facilitando así su comprensión.

Resultados: Se editó una "Guía para la Gestión por Procesos en el Hospital de Zumarraga" que facilitara a los profesionales de nueva incorporación el conocimiento sobre conceptos básicos de la gestión por procesos y su aplicación como sistema organizativo de la gestión del hospital y para los gestores de proceso como documento de apoyo y consulta que refuerza su conocimiento del enfoque basado en procesos para la gestión tratando de facilitar la comprensión de su papel como gestor de proceso, y de apoyo a la formación que se realiza en nuestro hospital como a la que pudiera realizarse en otras organizaciones. Se dividió el contenido de la guía en los siguientes apartados: Sistema de Gestión del Hospital. La gestión por procesos: Definiciones previas. Identificación, Inventario y Mapa de Procesos: Gestión y documentación, representación gráfica y descripción. Metodología para la mejora de procesos: Análisis de los indicadores. Evaluación del proceso. Acciones y otras herramientas para la mejora. Gestión por procesos: ISO 9001:2000. Modelo de Excelencia.

Conclusiones: La guía de gestión por procesos en el hospital es un documento de apoyo y consulta que refuerza el conocimiento del enfoque basado en procesos y por lo tanto la implicación de los profesionales en la mejora continua de tal manera que al coordinar las actividades de la forma más eficiente posible se consiga que mejore día a día.

IMPLANTACIÓN DE UNA UNIDAD DE DOLOR TORÁCICO (UDT): GESTIÓN POR PROCESOS Y MEJORA DE LA EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN

B. Comas, D. Puig, A. Serrano, T. Ripoll y D. Creme
Hospital Son Llátzer.

Palabras clave: Dolor torácico, eficiencia.

Introducción: El dolor torácico es una de las causas de consulta más habituales en los Servicios de Urgencias con una frecuencia estimada entre el 5 y el 15%. La creación de Unidades de Dolor Torácico (UDT) pretenden aumentar el diagnóstico en la cardiopatía isquémica aguda, patología con alta prevalencia y morbimortalidad, así como evitar errores de infaradiagnóstico, además de evitar hospitalizaciones innecesarias disminuyendo costes y mejorando la calidad asistencial del paciente.

Objetivos: Valorar el impacto de la Unidad de Dolor Torácico dependiente del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital Son Llátzer. Indicadores de actividad y calidad asistencial.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal con recogida de los datos a partir de las historias clínicas realizadas en urgencias. Se analizaron la totalidad de los ingresos: 82 pacientes entre el 1 de Agosto de 2004 y el 1 de Mayo de 2005.

Resultados: Del total de Urgencias atendidas 43.347, 82 pacientes derivados a la unidad de dolor torácico (UDT). El 58,53% varones. Distribución por edades: < 30 años-1 persona, entre 31 y 40 años-3 personas, entre 41 y 50 años- 11 personas, entre 51 y 60 años- 25 personas, entre 61 y 70 años- 20 personas, entre 71 y 80 años- 13 y entre 81 y 90 años - 7 personas. El 90,24% tenían al menos 1 FRCV (n = 72). De los 82 pacientes estudiados se realizaron un total de 75 ergometrías (91,46%). Desde la UDT se realizaron 9 ingresos hospitalarios en la unidad de cardiología, lo que supone un 10,97% respecto a todos los pacientes asignados a la UDT. El resto de los pacientes fueron dados de alta desde Urgencias a su domicilio con control en consultas externas (CCEE) de cardiología 32 pacientes (39,02%), y el resto con control por su médico de familia (n = 50, 60,97%). La estancia media fue de 1,09 días. Únicamente 2 pacientes volvió a urgencias y consultó por dolor torácico y ninguno se quedó ingresado tras la 2ª consulta.

Conclusiones: La implantación de estas unidades supone una mejora en la eficiencia de la atención al paciente con cardiopatía isquémica. Permite agilizar la atención a dichos pacientes, de forma que disponemos de una herramienta útil para el diagnóstico y tratamiento del síndrome coronario agudo, con una disminución del error diagnóstico, y de la morbimortalidad por este motivo, permitiendo mayor fiabilidad y rapidez en la atención. Se produce una disminución del número de ingresos hospitalarios, limitando la prolongación de las estancias medias.

C-193

EVALUACIÓN PROCESO DE GESTIÓN DE CONTROL DEL PACIENTE ANTICOAGULADO POR TÉCNICA CAPILAR EN UN ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA

C-195

M. Cid, J.A. Sarrión, T. Regidor y E. Bartolomé

Dirección de Enfermería. Gerencia Atención Primaria. Área 2. Madrid.

Palabras clave: Tao, Proceso, Capilar.

Introducción: En el Área 2 de Atención Primaria de Madrid existen 3.032 pacientes anticoagulados, de ellos el 95% en tratamiento anticoagulante oral (TAO), realizan su control y seguimiento en los Centros de Salud, en plasma venoso. En el año 2004 se plantea el cambio de técnica a sangre capilar. Se diseña el proceso, pilotando el servicio en la consulta de enfermería, pasando de ser una actividad solo de los médicos a ser de cooperación en interdependencia de medicina y enfermería, a fin de: 1. Favorecer la accesibilidad del paciente al Servicio. 2. Disminuir el tiempo de ejecución del Proceso. 3. Reconvertir una cita de pura técnica de enfermería y control por medicina en una consulta programada de enfermería. 4. Fomentar el autocuidado mediante los consejos enfermeros. 5. Aumentar la satisfacción percibida.

Metodología: Se diseña el Proceso y se elabora el cronograma de formación e implantación en todos los equipos del Área, en el último trimestre de 2004. La puesta en marcha del nuevo Proceso se lleva a cabo en enero de 2005. La evaluación tanto de Implantación y de Consolidación del Proceso, a través de indicadores, y de la satisfacción de usuarios y profesionales a través de encuestas, se realiza en junio de 2005.

Resultados: Diseño y documentación de un Proceso de Control del paciente anticoagulado inexistente hasta el momento en el Área. Implantación del Proceso, así como la formación del total de los profesionales de enfermería (207), en el 100% de los equipos en un período record: 10 semanas: enero-marzo de 2005. Con el diseño del proceso hemos conseguido incluir un 6,5% de pacientes susceptibles de recibir este control y no lo recibían, pasando de 3.032 a 3.231. Los datos referentes a la evaluación de Calidad de Registro de Historia Clínica informatizada, concluirán en el mes de junio.

Conclusiones: Se ha diseñado e implantado un proceso de control de anticoagulación por técnica capilar, en toda un Área de Atención Primaria, en tan solo 10 semanas, observándose un aumento en la captación de pacientes, por las mejoras percibidas con la nueva técnica: accesibilidad, disminución de tiempos, técnica menos traumática. Los datos preliminares de las encuestas de satisfacción sugieren una mejora indiscutible con el nuevo Proceso. (En octubre podrá disponerse de los resultados de la encuesta de satisfacción).

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS EN UN SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE AGUDOS

E. Sánchez, Z. Hernando, J. Calzada y A. Delgado
Hospital de Basurto. Bilbao.

Palabras clave: Gestión clínica.

Objetivo: Implantar un sistema de mejora continua en un servicio clínico.
Ámbito: Servicio de Pediatría de un hospital público de agudos con: Cartera de servicios con 10 subespecialidades pediátricas, actividad asistencial 2004: 26695 urgencias, 1971 altas de hospitalización, 8447 consultas externas y 996 procedimientos del hospital de día médico, plantilla: 27 facultativos de staff, 15 médicos residentes, 35 diplomados de enfermería, 34 auxiliares de enfermería y 3 no sanitarios.

Metodología: Realización desde Septiembre de 2004 de: 1. Formación en gestión de la calidad mediante sesiones semanales de "gestión y calidad". 2. Elaboración del mapa de procesos del Servicio. 3. Establecimiento del grupo de planificación y mejora continua, integrado por el jefe del servicio, el coordinador de calidad, los responsables de procesos (médicos y de enfermería), el responsable de documentación y los médicos residentes de tercer año. 4. Definición de una metodología de estabilización y mejora de los procesos acorde con los requisitos de la Norma ISO 9001:2000. 5. Definición de un sistema "on line", con criterios de calidad, para la gestión y comunicación de la documentación técnica de la especialidad, médica y de enfermería.

Resultados: Identificación de los siguientes procesos: Operativos: Urgencias, Neonatología, Atención ambulatoria, Hospitalización, Docencia MIR e Investigación. Estratégico: Planificación y mejora continua. Apoyo: Secretaría, Gestión de recursos y Formación continuada. Elaboración de las fichas de procesos, incluyendo indicadores y cuadro de mando. Implantación de diferentes mejoras en los procesos operativos asistenciales y en la Docencia MIR. Disponibilidad "on line" del 100% de los procedimientos de enfermería, y de los protocolos y documentación técnica de apoyo de más del 50% de las subespecialidades médicas pediátricas. Valoración positiva por los profesionales del proyecto (75% de los residentes lo consideran como el aspecto más positivo del último año). Elaboración de un Plan Estratégico del Servicio acorde con los objetivos estratégicos del Hospital.

Conclusiones: 1. La implantación de un sistema de gestión por procesos acorde con la Norma ISO es útil para inducir de una forma ordenada y sistemática mejoras en un servicio clínico, y para caminar hacia la implantación de la gestión clínica. 2. Hemos contribuido a canalizar las iniciativas de mejora y a cohesionar el servicio en busca de un objetivo común, que es la mejora de la calidad.

C-196

IMPACTO DE 3 VÍAS CLÍNICAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE UN S. DE UROLOGÍA EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS*

A. Juárez, L. Rivas, J. Bachiller, V. Beltrán J. Alonso y J. Sánchez
Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Palabras clave: Vías clínicas, estancia hospitalaria

Objetivo: Analizar el impacto en estancias que la herramienta vía clínica tiene en la evolución de la estancia hospitalaria de un Servicio de Urología.

Métodos: 1. Se implementaron 3 vías clínicas para los procedimientos urológicos más frecuentes en un Servicio de Urología (RTU de próstata, RTU de vejiga y adenomectomía abierta). 2. se evaluó el impacto en estancias (nº de estancias esperadas/nº de estancias observadas) x 100 desde 1995 hasta julio de 2004. La fuente de datos fue el CMBDA. 3. se estudiaron 3 períodos: A) Período preestandarización de procesos que comprendía del año 1995 al 1998. Factor clave: funcionamiento del Servicio según cultura establecida. B) Período de estandarización de Procesos, que comprendía del año 1999 al 2001. Factor clave: introducción de la cultura de la estandarización de la práctica clínica. Implementación de vías clínicas. C) Período sin estandarización de Procesos, que comprendía del año 2002 al 2004. Factor clave: desaparición del liderazgo ejercido por el grupo de profesionales motor del proyecto.

Resultados: En el período preestandarización el impacto en estancias llegó a ser hasta de un 46,4% más de estancias observadas sobre las esperadas. En el período de estandarización se ahorraron hasta un 40,6% de estancias sobre las esperadas. En el período sin estandarización se objetivó un descenso paulatino en el ahorro de estancias hasta que en el 2004 el ahorro se hace negativo.

Conclusiones: La estandarización de la actividad clínica tiene un impacto positivo en la estancia hospitalaria. Sin embargo, cuando desaparece el motor que supone el liderazgo, nunca se consolidarán los resultados ni el cambio cultural que se persigue.

* Proyecto de Investigación "impacto en la mejora de la calidad asistencial y reducción de costes tras la implementación de 3 vías clínicas en un S. de Urología".

C-198

IMPACTO DE 3 VÍAS CLÍNICAS EN LOS REINGRESOS EN UN S. DE UROLOGÍA. COMPARACIÓN CON OTROS HOSPITALES DEL GRUPO 2*

A. Juárez, L. Rivas, J. Bachiller, V. Beltrán, J. Alonso y J. Sánchez
Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Palabras clave: Vías clínicas, reingresos.

Objetivo: Analizar el impacto en reingresos hospitalarios que la herramienta vía clínica tiene en un Servicio de Urología comparándolo con los reingresos de otros servicios de urología de hospitales del grupo 2.

Métodos: 1. Se implementaron 3 vías clínicas para los procedimientos urológicos más frecuentes en un Servicio de Urología (RTU de próstata, RTU de vejiga y adenomectomía abierta). 2. Se evaluó el impacto en reingresos (nºreingresos/Total de altas) x 100. La fuente de datos fue el CMBDA. 3. Se comparan el % de reingresos de los Servicios de Urología de los diferentes Hospitales para los GRDs que agrupan los procedimientos para los que se han realizado vías clínicas, a saber el 310, 311, 334, 335, 336 y 337. 4. El período de tiempo estudiado fueron los años 2000, 2001 y 2002.

Resultados: En el período estudiado el Servicio de Urología motivo del estudio ha disminuido el porcentaje de reingresos en mayor medida que el resto de los hospitales.

Conclusiones: Tal y como describe la literatura, la estandarización de la actividad clínica por procesos no tiene un impacto negativo en el número de reingresos.

*Del Proyecto de Investigación "impacto en la mejora de la calidad asistencial y reducción de costes tras la implementación de 3 vías clínicas en un S. de Urología".

C-197

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE VÍAS CLÍNICAS EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA: METODOLOGÍA Y RESULTADOS*

A. Juárez, L. Rivas, J. Bachiller, V. Beltrán, J. Alonso y J. Sanchez
Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Palabras clave: Vías clínicas, implementación, barreras.

Objetivo: Realizar juicios, basados en la investigación empírica, en una perspectiva teórica y en una inmersión en la experiencia clínica de 7 años, sobre la eficacia de la herramienta vía clínica en el "cambio cultural" que se persigue en la orientación de la práctica clínica diaria hacia la calidad total.

Métodos: 1. Definición del Marco Organizativo donde tiene lugar la práctica clínica diaria: análisis de las rutinas de comportamiento clínico y la situación de grupo. 2. Estrategia de implementación: liderazgo, herramienta vía clínica como "eje" de la actividad clínica, Plan de comunicación, formación personalizada, promoción del cambio cultural, reforzando los beneficios de trabajar de "otra forma" a medida que iban detectándose, apoyo Dirección.

Resultados: Se describen los cambios positivos en la práctica clínica diaria y las resistencias encontradas, así como su evolución.

Conclusiones: 1. La herramienta vía clínica es útil para coordinar y dar fluidez a la práctica clínica diaria, disminuyendo la variabilidad inapropiada y orientando las acciones de los profesionales hacia los principios de la calidad total. 2. las nuevas formas de gestionar la actividad clínica tienen inicialmente una fuerte resistencia por parte de los profesionales, al suponer un cambio cultural, pero que se vence con argumentos de los beneficios derivados de "hacer las cosas bien... y a la primera" y de los beneficios "laborales" que la planificación, organización y conocimiento de las responsabilidades de cada proceso conlleva. 3. La resistencia de los cuadros intermedios son difícilmente modificables, y son causa del fracaso de proyectos de esta naturaleza. 4. Es importante realizar análisis previos de barreras y facilitadores de cada ámbito asistencial para luego diseñar estrategias adecuadas que permitan la implantación real de estas herramientas.

*Proyecto de Investigación "impacto en la mejora de la calidad asistencial y reducción de costes tras la implementación de 3 vías clínicas en un S. de Urología".

C-199

INTEGRACIÓN MULTIDISCIPLINARIA Y MULTINIVEL DE LAS COMISIONES HOSPITALARIAS Y SU IMPACTO EN LA GESTIÓN POR PROCESOS

S. Sánchez, I. Panque, M. Anaya, F. Torrubia y J. Barroeta
HH UU Virgen del Rocío. Sevilla.

C-200**Palabras clave:** Comisiones. Integración. Procesos.**Objetivos:** Presentar el efecto de la integración de las Comisiones Hospitalarias procedentes de la Junta Facultativa con las procedentes de la Junta de Enfermería en una sola estructura formal de calidad hospitalaria en la Gestión por Procesos.**Metodología:** Se efectúa una revisión cronológica de los acontecimientos que han culminado en la integración de las Comisiones procedentes de ambas divisiones. Se muestra la reglamentación que ampara y desarrolla esta integración, la puesta en valor de sus funciones y actividades, y cómo ha influido en el diseño de los Planes de Calidad por Servicios a la hora de implantar los Procesos Asistenciales.**Resultados:** La Comisión Central de Calidad reúne en una sola estructura paritaria a miembros designados por las Juntas Facultativa y de Enfermería. A partir de ella, las Comisiones Hospitalarias se constituyen de manera multidisciplinaria con profesionales facultativos y de enfermería, admitidos en convocatorias públicas y abiertas, sobre los perfiles de competencias demandados por las funciones de cada Comisión. Esta filosofía se traslada hasta las corresponsalías de calidad de cada Servicio, y ha facilitado la creación de grupos operativos multidisciplinarios para la implantación de los Procesos Asistenciales.**Conclusión:** La implantación de Procesos Asistenciales, que requieren la participación coordinada de distintos profesionales para la atención de un único problema de salud, se beneficia de una experiencia de integración de profesionales de las divisiones facultativa y de enfermería en una sola estructura formal de calidad.**C-000****MESA 26****Calidad Enfermería (IV)****ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN CON FRACTURA DE CADERA Y LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA**

J.M. Yagüe, R. Gil, M.C. González, F. Mir, O. Loaiza y M.V. Junquera
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-201**Palabras clave:** Cadera, familia, formación.**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes intervenidos de fractura de cadera y de los profesionales de enfermería de la unidad de hospitalización del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz durante el último trimestre del año 2002 y el año 2003. Este trabajo se encuadra dentro de la primera fase de un estudio de investigación que tiene como objetivo analizar el impacto del alta planificada en la tasa de reingresos y en la estancia media de los pacientes intervenidos de cadera en el HUPM. (Proyecto presentado a la convocatoria de subvenciones para la financiación de proyectos de investigación en Ciencias de la Salud en Andalucía. BOJA nº 70, 12/04/2004. BOJA nº6, 11/01/05, nº Expte: 93/04).**Métodos:** La información necesaria se obtuvo con la revisión de historias clínicas- donde se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de las variables de la población sobre pacientes intervenidos de fractura de cadera- y, del estudio de las plantillas de las distintas Unidades de enfermería: su estructura y organización. En la población estudiada- personas mayores de 65 años- las variables más relevantes corresponden a: autonomía previa, ayudas de marcha previa, destino al alta y deambulación al alta. De los profesionales: formación y años de servicio.**Resultados:** Se recoge el perfil de los profesionales que atienden a nuestra población diana y las características de ésta, atendiendo a las variables del proyecto de investigación. El 87% de los enfermeras/os han recibido formación sobre el proceso enfermero y el 95% tiene más de 15 años de experiencia profesional.**Conclusiones:** 1. El sexo femenino fue el más afectado, en un setenta por ciento de los casos, frente al sexo masculino. Esta distribución porcentual se repite entre las poblaciones donde se realiza la cobertura sanitaria: Cádiz y San Fernando. 2. Importancia del apoyo familiar a los pacientes intervenidos: un porcentaje elevado (90%) vuelve a su domicilio. Se hace necesario avanzar en la- educación del cuidador principal. 3. Existe un déficit en la recogida de datos en relación con la autonomía y ayudas de marcha previa. Con la valoración enfermera se corrige este déficit. 4. El Informe de Continuidad de Cuidados fue aumentando a lo largo de la implantación del proyecto, facilitando la labor del proceso enfermero interniveles. 5. El mayor nivel de formación del profesional de enfermería favorece la calidad asistencial al paciente.

MEJORA DE LOS CUIDADOS EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL DE JEREZ DESDE EL ÁMBITO DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

M.J. García, J. Guerra y F. Domínguez
Hospital de Jerez.

C-202

Objetivos: Poner de manifiesto que la calidad de los cuidados en el área de salud mental de Jerez compuesta por Equipos de Salud Mental, Comunidad Terapéutica, Unidad de Hospitalización y Unidad de Salud mental infanto juvenil, y el desarrollo de sus estrategias de mejora se han favorecido desde que esta se configura en el año 2003 como Unidad de Gestión Clínica.

Métodos: Se realiza un análisis de la situación de los cuidados enfermeros en el área durante el año 2002, previo a la creación de la Unidad de Gestión Clínica. A partir de aquí y en el marco estratégico para la mejora, innovación y desarrollo de los cuidados en salud mental, se determina un plan de calidad para la consecución de los objetivos fijados dentro del acuerdo de gestión clínica, donde claramente responden a las tres líneas a desarrollar: garantizar la continuidad de cuidados, la personalización del servicio enfermero y la normalización de la práctica. Se seleccionan para ello indicadores que nos permitan ver la evolución en la calidad de los cuidados, durante los años 2003, 2004, 2005.

Resultados: Aumento de la producción enfermera, protocolos, planes de cuidados individualizados, Informes de continuidad de cuidados.... Consolidación de la implantación del proceso enfermero. Aumento de la participación de los pacientes en las actividades grupales.

Conclusiones: La creación de la unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del área de Jerez ha permitido definir la cartera de servicio enfermera, ha supuesto un aumento en la profesionalizado los cuidados enfermeros, una mejora del clima terapéutico, un aumento en la participación de los pacientes y sus familiares en el régimen terapéutico. Se identifica la necesidad de: explorar nuevas líneas de desarrollo de los cuidados, medir el impacto en la satisfacción de pacientes/familiares y profesionales.

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE ENTRADA DE VOLANTES Y MUESTRAS EN LA UNIDAD DE ANÁLISIS URGENTES DEL HOSPITAL DE BASURTO

L. Sanz, A. Tejada, C. Mendoza, B. Varela y M. Ramos
Hospital de Basurto. Bilbao.

C-203

Palabras clave: Laboratorio.

Objetivos: Conocer la frecuencia de los rechazos de muestras y volantes, analizar sus causas y realizar un seguimiento tras aplicar medidas correctoras.

Material y métodos: 1. Se crea un grupo de trabajo formado por 5 T.E.L. y la responsable de la UAU; 2. Se elabora un procedimiento, consensuado con los facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital, explicando los motivos de rechazar las muestras que no cumplan los requisitos mínimos; 3. Se añade un registro en el Sistema de Gestión para cuantificar estos motivos; 4. Se crea una aplicación informática para facilitar su seguimiento; y 5. El comité de calidad de la UAU analiza mensualmente las causas de rechazo y adopta las medidas correctoras oportunas para minimizarlos.

Resultados: 1. Los motivos de rechazo de muestras identificados son 6: a) identificación inadecuada de volante y/o muestra, b) extracción en tubo inadecuado, c) contenedor mal cerrado (muestra extravasada), d) volumen insuficiente de muestra, e) jeringa con aguja, f) número de historia incompleto, y g) otros motivos. 2. El porcentaje de muestras rechazadas en el año 2003 ha sido de un 1,19% y en el año 2004 de un 1,05% (disminución del 12,4%). 3. Los motivos más frecuentes son la identificación inadecuada de volantes o muestras (42,1%) en el año 2003 y de (47,8%) en 2004; y contenedor mal cerrado (muestra extravasada) (24,5%) en 2003 y (26,5%) en 2004. 4. Acciones correctoras: en mayo de 2004, se envía un recordatorio de los requisitos de rechazo al Servicio de Urgencias, en febrero de 2005 se instala un nuevo programa informático que facilita la correcta identificación de los volantes y en abril de 2005 se sustituyen los contenedores de 100 ml de recogida de muestras de orina por tubos de 10 ml.

Conclusiones: 1. Dos motivos son responsables del 70% de los rechazos que se producen en la UAU: la identificación inadecuada de volante o muestra y la orina extravasada. 2. Ambos motivos son debidos a errores de los profesionales y ponen en riesgo la fiabilidad de la información que proporciona la UAU. 3. El recordatorio verbal no ha resultado efectivo para disminuir ninguno de los dos motivos de rechazo. 4. La instalación sistemas informáticos de identificación permitirá disminuir el rechazo debido a errores de identificación de volante o muestra. 5. El cambio de contenedor a tubo ha permitido constatar una notable disminución del problema de las muestras extravasadas.

USO DE TAXONOMÍA NANDA EN LA REDACCIÓN DEL INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

R. García-Juárez, M.J. Orozco-Cózar, M.J. Márquez-Borrego y T. Martín-Contreras
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-204

Palabras clave: Continuidad Cuidados NANDA.

Objetivo: Cuantificar la utilización de la taxonomía internacional NANDA en la redacción de los informes de continuidad de cuidados (ICC) emitidos en nuestra unidad y estudiar su evolución temporal.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Revisión de los ICC emitidos desde Noviembre 2003 hasta Mayo 2005, analizándose: 1. Datos de filiación (datos del paciente, cuidador, centro de destino (CAP) y enfermero responsable; 2. Utilización de taxonomía NANDA en la comunicación de problemas: etiquetas diagnósticas (ED), factores relacionados (FR) y errores en el uso de la taxonomía; 3. Frecuencia de registro de problemas de autonomía (PA) y de colaboración (PC). Los datos obtenidos se agruparon mensualmente estudiándose su evolución temporal, primero de forma global, para posteriormente seleccionar diversos períodos de comportamiento específico: Nov-Dic de 03/04 y Ene-May 04/05.

Resultados: N° total de ICC: 350. % de ICC con: Datos del paciente completo: 86; CAP identificado: 81; Cuidador identificado: 78; Enfermero responsable: 99; Pa: 41; PC: 3; Sin taxonomía NANDA: 10; Todas ED incorrectas: 4; Alguna ED incorrecta: 30; Todas ED correctas: 57 (el 28 especificaban los FR). ICC ilegible: 1 El formato del ICC se modificó en 2 ocasiones durante el período estudiado. El estudio de la evolución porcentual de emisión de ICC no se pudo realizar por no existir registro de altas médicas por cada unidad. Del estudio temporal se desprende una emisión de ICC irregular. Los períodos de menor emisión corresponden con los meses de mayor presencia de personal contratado. La creciente implicación del personal con la metodología enfermera se traduce en una disminución de errores en el uso de la taxonomía durante el 2005 respecto al 2004. Estos errores se derivan del uso indistinto de las palabras "trastorno, deterioro y alteración". En contrapartida se observa un menor registro del cuidador, esto podría relacionarse con las modificaciones en el formato de ICC.

Conclusiones: Es necesario estudiar el porqué de la irregularidad en la emisión de estos informes, esta variabilidad hay que analizarla dentro de nuestra realidad profesional: 1. Imposibilidad de la implementación de cambios de forma simultánea por toda la plantilla de la unidad; 2. Existencia de variabilidad constante de la plantilla enfermera (vacaciones, exceso de horas, enfermedad); 3. Presión asistencial dentro del ámbito hospitalario (cargas de trabajo por PA y PC); 4. Necesaria colaboración del personal médico para informar al personal de enfermería de las altas.

¿HEMOS EVOLUCIONADO LA ENFERMERÍA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?: UTOPÍA O REALIDAD

R. Gil e I. García

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-206

Palabras clave: Gestión, Evolución, Cargo Intermedio.

Tras el análisis situacional actual de los Cargos Intermedios de Enfermería de nuestro Hospital, se lleva a cabo un estudio comparativo del Mapa de Competencias de los mismos, en relación con el de hace algunos años. Para presentar este trabajo, se elabora y estructura un "guión" sobre un posible dialogo entre dos enfermeras con distintas filosofías respecto a la Gestión Enfermera. El objetivo del mismo, es enfrentar ambas visiones sobre la evolución de la Enfermería en nuestro Hospital en pocos años, y hacer ver durante el desarrollo de la secuencia, la diferencia de conceptos y la evolución producida, para ello una se presenta "estancada en el tiempo" y la otra se explicita con una mentalidad de evolución y desarrollo continuo.

VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DEL INFORME DE ENFERMERÍA AL ALTA POR ATENCIÓN PRIMARIA

E. Abad, A. Paredes, M.J. Inclán, C. Pérez, M.J. Ortells

y C. Cortés

Hospital J.M. Morales Meseguer.

C-208

Palabras clave: Informe de Enfermería al Alta; Continuidad de cuidados.

Antecedentes: El informe de enfermería al alta (IEA) está considerado como una herramienta útil para asegurar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales. Esta utilidad se vuelve casi imprescindible en pacientes con gran necesidad de apoyo en el autocuidado.

Objetivo: Conocer la opinión de la enfermería de Atención Primaria (AP) sobre el IEA y sus indicaciones prioritarias.

Metodología: *Diseño:* Estudio descriptivo transversal. *Población y Medio:* Todos los Diplomados en Enfermería de los Centros de Salud adscritos al área de nuestro hospital. Durante el mes de mayo del 2005, se enviaron 140 encuestas que valoraban la utilidad, los contenidos, las indicaciones y los circuitos de envío del informe mediante preguntas abiertas y cerradas. *Análisis:* Estadísticas descriptivas con SPSS v. 12. y análisis de contenido sobre las sugerencias propuestas.

Resultados: De las 140 encuestas se recibieron 22 (15,7%). Los enfermeros habían trabajado una media de $20,1 \pm 8,1$ años (Atención primaria durante $12,2 \pm 6,8$ años. El 77,3% considera útil para su trabajo el IEA. El circuito actual de envío (paciente y fax a los centros inter-conectados) es considerado como adecuado por el 54,5% aunque se propone el envío de los informes por fax a "todos" los centros, el contacto telefónico con el enfermero responsable, el correo electrónico, la planificación anticipada del alta con enfermera de enlace y la historia única informatizada. De las 18 indicaciones que se proponían todas ellas superaron el 50% de aceptación por los participantes, destacando la realización de IEA en Enfermos terminales, UPP, Cura de heridas, Déficit de autocuidados, Ostomías, ACV, Nutrición enteral/parenteral, Ancianos con pluripatología y Prótesis de cadera/rodilla. Con respecto a la priorización de estas indicaciones en primer lugar se sitúa la indicación de IEA en pacientes con Sondajes seguido de Cura de heridas, UPP, Ostomías y ACV. Aunque el 22,7% no aporta ninguna sugerencia de cambio, un gran número de participantes expresa la necesidad de especificar más la situación familiar, el grado de autonomía y las necesidades. También demandan mayor información verbal al paciente y mayor libertad en la planificación en cuidados una vez derivado el paciente a AP.

Conclusiones: El incorporar la opinión de AP a las iniciativas para mejorar la continuidad de cuidados desarrolladas por especializada es básico para su éxito. El informe propuesto presenta una gran aceptación aunque necesita incorporar sugerencias de los receptores.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS CON APOYO DE UNA HERRAMIENTA INFORMATIZADA

F. González, F. Domínguez, J. Guerra, R. Orellana,

M.M. Moreno y J.L. Pérez

Hospital de Jerez.

C-207

Palabras clave: Implantación, cuidados, informática.

Objetivos del proyecto: *Objetivo general:* Implantar metodología de cuidados, el modelo Henderson y los sistemas de lenguaje estandarizado. *Objetivos específicos:* Gestionar cuidados enfermeros a pacientes y familias en entorno sin papeles. Explotar el conocimiento enfermero generado. Hacer tangible el beneficio de la informatización en los cuidados que recibe el paciente. Definir cartera de servicios que las enfermeras ofertan.

Metodología: Desde la segunda mitad del año 2003 desarrollamos las distintas fases del proyecto: Dotación y adaptación de equipamiento. Aplicación informática de gestión de cuidados. Incorporación de dispositivos inalámbricos. Estrategias de apoyo a la implementación. Formación de profesionales. Enfermero de implementación del proyecto. Definición del CMBDE y diseño de la aplicación informática para explotación de datos. Su incorporación en la aplicación de gestión de cuidados va a permitir en corto plazo presentar los resultados finales del período octubre de 2004 - septiembre de 2005. Evaluación de la satisfacción de los profesionales con el método de implantación del proceso.

Resultados: Disponemos de resultados exploratorios del período octubre de 2004-marzo de 2005: El porcentaje de cobertura con valoración enfermera de necesidades y plan individualizado en las unidades con implantación del proyecto ha alcanzado el 70%. El 56% de los planes establecidos tenían recogidos entre 1 y 5 diagnósticos. Los diagnósticos enfermeros más frecuentes han sido: Riesgo de caídas, Baño/higiene: déficit de autocuidado, Deterioro del patrón del sueño, Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad, Riesgo deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de Estreñimiento, Estreñimiento, Vestido/acicalamiento: déficit de autocuidado, Alimentación: déficit de autocuidado, Deterioro de movilidad física, Conocimientos deficientes: dieta, Riesgo de aspiración, Riesgo de cansancio rol cuidador, Afrontamiento familiar comprometido. El 64% de los diagnósticos son del rol propio enfermero.

Conclusiones: El proyecto, en aquellas unidades donde se ha apoyado con herramientas informatizadas de gestión de cuidados, ha potenciado el uso del proceso enfermero en la planificación de cuidados y el uso de lenguajes estandarizados en la práctica clínica, la explicitación de los cuidados planificados de forma individualizada, la emisión de informes de continuidad (70%). En las próximas etapas del proyecto será necesario analizar la congruencia entre las etapas de valoración-diagnóstico-planificación.

EL PROGRAMA DE TRANSVERSALIZACIÓN DE COMISIONES CLÍNICAS. UNA MEJORA EN LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

J. Pérez-Bartolí, C. Alemany, C. Abelló, M.D. Planas, J. Salvadó y M. Hernández
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Palabras clave: Comisiones, Participación, Efectividad.

Objetivos: En el año 2001, el Hospital Universitario Vall d'Hebron experimentó un cambio de modelo organizativo, pasando de tres hospitales a un único hospital con tres áreas asistenciales. El Plan de Calidad del hospital diseñó un programa de transversalización de las Comisiones Clínicas de las diferentes áreas del hospital en línea con el nuevo modelo organizativo.

Método: Estableció las siguientes fases: 1. Diagnóstico de situación de las comisiones de área (2001), observándose que la mayoría estaban triplicadas (una por área) y que existían algunas contradicciones en las recomendaciones. 2. Análisis de cada comisión de área (objetivos, funciones y miembros). 3. Cronograma de transversalización. 4. Protocolo de transición que define el proceso de transversalización: disolución de las comisiones de área y diseño y constitución de las comisiones transversales. 5. Diseño de comisiones transversales según cronograma. 6. Constitución de la Comisión de Evaluación de Calidad (CEC), que gestiona el Plan de Calidad y tiene atribuciones para constituir las comisiones transversales. 7. Constitución de las comisiones transversales.

Resultados: Hasta el momento actual se han transversalizado siete Comisiones: CEC, Documentación y Historias Clínicas, Radioterapia, Farmacoterapéutica, Evaluación de Tecnologías, Trasplantes y Sangre y Hemoderivados y dos Subcomisiones: Antibióticos y Dolor. Siguen el proceso de transversalización las Comisiones de Infecciones, Tumores, Mortalidad y Nutrición.

Conclusiones: La participación de profesionales de las diferentes áreas del hospital en comisiones clínicas transversales ha contribuido a consolidar el nuevo modelo organizativo del hospital. Se ha favorecido el establecimiento de criterios uniformes en diferentes disciplinas (Guía Farmacoterapéutica, Política de Antibióticos, uso de la Historia Clínica, entre otros). Se ha incrementado la efectividad de las comisiones. El programa ha contribuido a acrecentar la integración de los profesionales de las diferentes áreas del hospital.

MESA 27
Calidad científico-técnica (IV)

MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA TRAS LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE ACOGIDA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

J.I. Barrasa y E. Altarribas
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Palabras clave: Profilaxis antibiótica, adecuación.

Objetivo: Describir la mejora de resultados en el cumplimiento del protocolo de Profilaxis Antibiótica (PA) tras la creación de una Unidad de Aco-gida (UA) al enfermo quirúrgico.

Material y método: El Hospital cuenta con un protocolo de PA elaborado por la Comisión de Infecciones cuyo grado de cumplimiento es monitorizado anualmente por la Unidad de Calidad, a partir de una muestra de enfermos intervenidos y de acuerdo con una lista de criterios explícitos que incluyen la adecuación de la indicación, el antibiótico elegido, el tiempo de administración, la dosis, el número de dosis y la vía de administración. En este estudio se comparan los resultados de esa monitorización antes (noviembre 2003) y después (noviembre-diciembre 2004) de la creación en el Hospital de una UA al enfermo quirúrgico entre cuyos objetivos específicos se encontraba, adecuar el protocolo de PA a la práctica asistencial.

Resultados: En el estudio de monitorización de 2003, se revisaron las historias clínicas de 304 enfermos intervenidos. El grado de adecuación global al protocolo de profilaxis del 54,3% (IC 95% = 48,7-59,9%) y era significativamente más bajo ($p < 0,05$) en los enfermos en los que estaba indicado realizar PA (37,7%) que en los que no requerían antibiótico (88,0%). Las principales causas de inadecuación eran la administración de una dosificación diferente de la señalada en el protocolo (38,2%), la excesiva antelación a la hora de poner el antibiótico (21,8%) y dar un mayor número de dosis de las indicadas (16,4%). En el estudio de 2004, tras la puesta en funcionamiento de la Unidad de Aco-gida, se estudiaron las historias de 196 pacientes. El grado de adecuación al protocolo fue del 70,4% (IC = 64%-76,7%). El 69% (IC = 62%-76%) en los enfermos con indicación de profilaxis. La principal causa de inadecuación fue la administración de un mayor número de dosis (31,3%). Ni el tiempo de administración, ni la mala dosificación estaban entre las tres primeras causas. Entre los dos estudios no medió ninguna otra acción de mejora.

Conclusiones: La UA ha demostrado su efectividad a la hora de mejorar el tiempo de administración de la PA (a los enfermos se les administra el antibiótico en la propia UA) y la dosificación exacta de los antibióticos (se hace una doble comprobación del antibiótico indicado y de la dosis, en la planta y en la propia UA). Queda todavía un gran margen de mejora cuya base está en lograr que la profilaxis se administre en forma de monodosis.

C-209

DETECCIÓN DEL PACIENTE FRÁGIL COMO INDICADOR DE CALIDAD

J. Galí, C. Puig, A. Vila, S. Murciano, N. Mimó e Y. Ayllón
Hospital de Barcelona.

Palabras clave: Geriatría, Paciente frágil.

Introducción: El aumento de la esperanza de vida conlleva un envejecimiento progresivo de los pacientes ingresados en los diferentes servicios hospitalarios. La correcta atención de estos pacientes presupone la detección precoz de los más susceptibles de presentar complicaciones durante su ingreso hospitalario.

Objetivos: Valorar el nivel de fragilidad de los pacientes ingresados con el fin de prever las necesidades de los mismos e implantar acciones de mejora para su correcta atención. Comparar la sensibilidad de dos escalas de valoración del paciente frágil como son el HARP (Hospital Admision Risk Profile) y la escala de Norton.

Método: Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Inclusión de los pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias del Hospital de Barcelona, de edad \geq a 75 años, durante el mes de Febrero de 2005. Exclusión de los pacientes que ingresaron posteriormente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se valoró a los pacientes según el HARP, que clasifica el grado de fragilidad en riesgo bajo, intermedio y alto, y según la escala de Norton, que clasifica a los pacientes en de riesgo mínimo y de riesgo elevado. Registro y análisis de datos mediante los programas informáticos File Maker Pro y Excel.

Resultados: De 591 pacientes ingresados a través del Servicio de Urgencias durante el mes de Febrero del 2005, se incluyeron en el estudio 208 pacientes (35,2% del total), con una edad media de $83,1 \pm 5,6$ años y un 52,4% de mujeres. Según el HARP el 20,7% de los pacientes fueron clasificados en el grupo de bajo riesgo, el 27,9% en el grupo de fragilidad intermedia y el resto 51,4% (107 pacientes) fueron clasificados como de alto riesgo (18,1% de todos los pacientes ingresados). Según la escala de Norton fueron clasificados dentro del grupo de riesgo mínimo el 59,1% de los pacientes, y de riesgo elevado el 40,9%. Se detectó una correlación entre las dos escalas, al valorar los pacientes de riesgo elevado, sólo en 68 pacientes. Un 96,2% de los 26 pacientes de edad \geq a 90 años, presentaron un alto grado de fragilidad frente a un 54,6% de los pacientes octogenarios y un 27,9% de los pacientes de edad comprendida entre 75 y 79 años.

Conclusiones: En las condiciones de nuestro estudio, un 18% de los pacientes que ingresaron a través del Servicio de Urgencias presentaron un alto grado de fragilidad. Comparando, los dos métodos de valoración de los pacientes de riesgo, el HARP presentó una mayor sensibilidad que la escala de Norton.

C-211

INFLUENCIA DE UNA UNIDAD DE DOLOR AGUDO EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA ANALGÉSICA Y EN EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

A. Carrascosa, P. Ruiz, A. Orts, A. García, N. Bouzó y F. Pérez-Cerdá
Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-212

Palabras clave: Unidad Dolor Agudo, diseño de procesos, satisfacción.

Objetivos: Presentar un modelo organizativo multidisciplinario y evaluar el impacto que genera la creación de una Unidad de Dolor Agudo (UDA) en la modalidad analgésica elegida y en el grado de satisfacción del paciente.

Métodos: Estudio retrospectivo y prospectivo. Años 2004-2005. Inicio de los cambios: Marzo 2004. Servicios en los que se ha implantado inicialmente la UDA: Traumatología y Cirugía de Tórax Fases: 1. Análisis inicial de la gestión del dolor en la planta de hospitalización. 2. Organización y diseño de procesos: Desarrollo de un proyecto de gestión, elaboración de un calendario de implantación, formación del personal sobre el dolor y técnicas analgésicas, confección y homologación de hojas de evaluación y tratamiento, creación de un grupo de trabajo para consensuar y supervisar la gestión del dolor, redacción de guías y protocolos de analgesia, creación de registros y cuestionarios de evaluación, integración y/o comunicación con otros servicios (Farmacia, Quirúrgicos, Informática, Suministros). 3. Implantación. Puesta en marcha de protocolos y algoritmos decisionales. 4. Medición del impacto. Instrumentos: Base de datos, Cuestionarios específicos, Medición de incidencias Indicadores: técnica analgésica elegida/trimestre y grado de satisfacción previo y posterior a la implantación de la UDA.

Resultados: Número total de pacientes vistos por la UDA: 784 (1º trimestre: 185; 4º trimestre: 245). Crecimiento experimentado en el 4º trimestre a expensas de Traumatología y Cirugía Torácica: 1,32 % de los pacientes vistos 1º vs. 4º trimestre: Traumatología: 16,75% vs. 34,97%; Cirugía Torácica: 17,29 vs. 26,22%). Modalidad analgésica príncipes en el 1º trimestre: morfina epidural (68,64%). Técnicas analgésicas en el 4º trimestre: infusión epidural de anestésicos locales (30,6%), PCA-iv (20,4%), morfina epidural (22,04%). Satisfacción de los pacientes previa y posterior a la implantación de la UDA en cuanto al alivio del dolor: 64,81% vs. 90,9%.

Conclusiones: La implantación secuencial de una UDA implica una mayor demanda de control analgésico y un cambio progresivo en la estrategia terapéutica a favor de la PCA-iv de morfina e infusiones perineurales de anestésicos locales. El grado de satisfacción de los pacientes fue mayor en comparación a la situación previa a la implantación de la UDA. La clave del éxito de una UDA radica en una estricta planificación, en la protocolización de los procedimientos y una cuidadosa preparación del personal médico y de enfermería.

C-214

PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y SIN INGRESO DE NEOPLASIAS DE TUBO DIGESTIVO

A. Martos, J. Brunet, S. Valero, H. Mas, I. Bernal y A. Casas
Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

Palabras clave: Diagnóstico rápido, Cáncer.

Introducción: Los pacientes con la sospecha clínica de neoplasia demandan rapidez, información y coordinación. A finales de 2003 se puso en marcha un programa de diagnóstico rápido de neoplasia digestiva, transversal, que integra nuestros dos hospitales con la atención primaria del territorio (180.000 habitantes), con los objetivos de reducir los intervalos sospecha diagnóstica a tratamiento y de realizar el proceso diagnóstico sin ingreso hospitalario siempre que la situación clínica del paciente lo permitiera. Se presentan los resultados del primer año de funcionamiento.

Objetivos: Reducir los intervalos sospecha diagnóstica a tratamiento y realizar el proceso diagnóstico sin ingreso hospitalario.

Metodología: Se acordaron los criterios de inclusión con la atención primaria. Existe un gestor de caso médico, que conduce e informa permanentemente al paciente, y otro administrativo. La comunicación clínica se realiza a través de una Estación de Trabajo Clínico informatizada. Las exploraciones posteriores a la endoscopia se realizan concentradas en un sólo día, en régimen ambulatorio y espacio de espera privado y asistido.

Resultados: De enero a diciembre del 2004, 223 pacientes fueron remitidos la consulta puerta de entrada del programa, 73 de los cuales (33%) se consideraron candidatos a continuar su estudio por el circuito preferente. Se diagnosticaron 59 neoplasias, 43% del total diagnosticadas en el mismo período. Excluidos los casos sin criterios de selección, la captación fue del 79%. Los intervalos entre la primera visita y el diagnóstico y entre éste y el tratamiento fueron de 5,5 y 19 días, respectivamente. En el 54% de los casos el diagnóstico se hizo sin ingreso. Sólo el 5% de los diagnósticos por ingreso pudieron haberse realizado ambulatoriamente, el resto presentaba criterio de ingreso en el momento de la sospecha clínica.

Conclusiones: El programa NeDig ha conseguido un buen índice de captación, ha evitado un número considerable de ingresos y ha reducido los intervalos de demora hasta el diagnóstico y el tratamiento.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: ¿MEJORAMOS LA CALIDAD ASISTENCIAL?

M. Segura, M.A. Rius-Rafecas, D. Carrión-Duch, O. Alfani-Navarro y L.I. Colomés-Figuera
GRUP SAGESSA.

C-213

Palabras clave: Guía Práctica Clínica, Calidad, Continuidad.

Introducción: El Plan de Atención Integral en nuestra Organización tiene como objetivo la mejora de la calidad en la atención y el mantenimiento de la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales. Se configura mediante el Programa Asistencial Interniveles. Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen una parte importante del programa. Existen 33 GPC.

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos de las evaluaciones de GPC de neumonía y cólico renal que se han realizado en dos centros de la organización: Hospital A (HA) y Hospital B (HB).

Material y métodos: GPC Neumonía y Cólico Renal. Indicadores definidos en GPC. Muestra estadística significativa. Resultados de las evaluaciones y estándares. Paquete Oficce. Difusión de la GPC. Publicación en Intranet corporativa. Difusión en sesión clínica. Primera evaluación a los seis meses de la implantación. Segunda evaluación después de haber implantado las acciones de mejora (al año de la primera). Ambas guías contienen 7 indicadores.

Resultados: Como muestra de algunos resultados: En HA en promedio las urgencias neurológicas son 0,50% del volumen total de urgencias: 32500. En HB representan un 1,50%, volumen: 15500. El indicador tratamiento correcto en HA ha mejorado un 26,2% (pasa del 42% al 53%) pese a ello esta aún por debajo del estándar 95%. El mismo indicador entre HA y HB para el primer período tienen una variabilidad de 40,5% (un 42% en HA y un 25% en HB). El indicador exploraciones complementarias indicadas en HA ha mejorado un 265% (pasa del 26,3% al 96%) se sitúa por encima del estándar 95%. El mismo indicador entre HA y HB para el primer período tienen una variabilidad de 215,6% (un 26,3% en HA y un 83% en HB). El resto de resultados comparados entre períodos y entre centros se mostraran en la presentación.

Conclusiones: Resultado de la primera evaluación: El grado de utilización de la GPC es distinta en cada centro. El método utilizado en la difusión e implantación debe mejorar: más información y formación. Útil para detectar áreas de mejora. Resultado de la segunda evaluación: Clara mejoría entre la primera evaluación y la segunda. La mejoría es consecuencia de una correcta gestión desde la dirección del centro. En general: El tamaño de la muestra es importante en la valoración del indicador. El uso de evaluaciones periódicas favorece el éxito del programa. Se constata la necesidad de informatizar la historia clínica para facilitar el uso de las GPC.

C-215

GRADO DE CONTROL DE LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

T. Sanz, A. López, B. Medina, R. Fernández, C. Rodríguez y M.A. Fernández
Gerencia Atención Primaria Área 9. Madrid.

Palabras clave: Atención Primaria, Hipercolesterolemia, Control.

Objetivos: Describir la mejora en la calidad de la atención al paciente Hipercolesterolemico tras la implantación de medidas correctoras utilizando indicadores de resultados intermedios.

Metodología: Diseño: Ciclo de mejora de calidad. Ámbito: 22 EAP del área sanitaria nueve de Madrid. Población de estudio: pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia. Muestra: En 2002 y 2004: muestra única de Área, aleatoria estratificada proporcional por EAP. En 2003 muestra aleatoria simple en cada EAP; el tamaño se determinó para estimar proporciones del 50%, con precisiones del 5% y 10% respectivamente. Criterios de calidad: grado de control en función de los niveles de Colesterol-LDL. Los criterios de buen control fueron los establecidos por el "National Cholesterol Education Program (NCEP)" (JAMA 2001): cifras inferiores a 100 mg/dl en caso de prevención secundaria; inferiores a 130 mg/dl, en casos de prevención primaria con 2 ó más factores de riesgo; inferiores a 160 mg/dl si menos de 2 factores de riesgo. Análisis de datos: estimación puntual e intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Los pacientes sin antecedentes de cardiopatía isquémica y con 2 ó más factores de riesgo tuvieron un mayor grado de control (49,7%) que los pacientes de bajo (38%) y alto riesgo (21,5%) en la evaluación del 2004. Los porcentajes de buen control fueron incrementándose en las sucesivas evaluaciones en el primer supuesto (26,9%, 34% y 49,7%) y no se observaron diferencias significativas en los otros dos. Las medidas de mejora adoptadas fueron: difusión anual de los resultados obtenidos y sesión de actualización en el tratamiento de estos pacientes en cada uno de los EAP. En el año 2004 se finalizó el proceso de informatización de la Historia Clínica en todos los EAP del Área.

Conclusiones: El grado de control alcanzado en pacientes con riesgo intermedio es aceptable, sobre todo teniendo en cuenta la mejoría experimentada a lo largo de los 3 años. En los pacientes de alto riesgo se observa un menor porcentaje de pacientes controlados, a pesar de la importancia que en las sesiones realizadas se dio al control en este grupo. Entre los factores analizados que podrían explicar estos datos, estarían una menor implicación de atención primaria a favor del nivel especializado, y una mayor exigencia en los objetivos planteados. Debemos seguir trabajando en ciclos de mejora para conseguir que los pacientes que más lo necesitan tengan los objetivos de tratamiento y control asegurados.

Palabras clave: Atención Primaria, Derivaciones.**Objetivos:** 1. Describir los principales problemas de salud que motivan la derivación a Ginecología. 2. Analizar la calidad clínico administrativa de los partes de interconsulta (PIC) a la especialidad de ginecología. 3. Describir el nivel de adecuación de las derivaciones según los criterios definidos en el Programa de Atención a la mujer (PAM) consensuado entre ambos niveles asistenciales.**Material y métodos:** *Tipo de estudio:* descriptivo transversal. *Población de estudio:* partes de interconsulta de las derivaciones nuevas (no urgentes) de todos los equipos de Atención Primaria a la especialidad de ginecología en el mes de junio de 2002. *Tamaño muestral:* calculado para estimar proporciones del 50%, con un error máximo de precisión del 7% y un nivel de confianza del 95%, sobreestimando el tamaño obtenido en un 10%. N = 217. *Método de muestreo:* aleatorio sistemático. *Intervención:* Evaluación de cada PIC fue realizada por 3 evaluadores (2 médicos de atención primaria y 1 ginecólogo). *Variables:* Motivo de derivación (según la clasificación CIAP-2), 4 variables de cumplimentación administrativa, 9 de cumplimentación clínica, Calidad de la cumplimentación global, motivo de derivación contemplado en el programa y adecuación de la derivación según los criterios del PAM. *Análisis estadístico:* cálculo de frecuencias relativas e intervalo de confianza al 95%.**Resultados:** *Objetivo 1:* los motivos más frecuentes han sido las alteraciones del ciclo menstrual (23,1%), los nódulos mamarios (10,6%) y la mastodinia (8,3%). *Objetivo 2:* La cumplimentación de los criterios administrativo ha sido muy buenas: legibilidad (99%), identificación del paciente (95%), identificación del médico solicitante (97%); entre de los criterios clínicos destacar: Motivo de interconsulta (99%), diagnóstico de sospecha (77%), datos clínicos (66%), antecedentes personales (59%), antecedentes familiares (41%), exploración física (49%), tratamiento que sigue (44%), pruebas complementarias (52%). La calidad global se consideró buena o aceptable en un 64% de los PIC. *Objetivo 3:* El 60% de los motivos de consulta estaban contemplados en el PAM. De estos, el 95% se contemplaban como situaciones susceptibles de derivación.**Conclusiones:** La calidad de cumplimiento global de los PIC es buena, aunque es necesario mejorar la cumplimentación de algunos criterios (antecedentes, exploración y tratamiento). La adecuación a los criterios de derivación del PAM es buena y parece necesario elaborar algoritmos sobre los motivos no contemplados en éste.**MESA 28****Satisfacción de pacientes (IV)**A. Ochando, M.E. Hernández, S. Lorenzo y P. Orbes
Fundación Hospital Alcorcón.**Palabras clave:** Satisfacción, Karnofsky, diálisis.**Objetivos:** Determinar el grado de satisfacción, capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis, comparando los pacientes en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP).**Métodos:** *Ámbito:* hospital público de la Comunidad de Madrid, con 89 pacientes en diálisis crónica. Estudio descriptivo transversal poblacional, a todos los pacientes de la unidad en Marzo-Abril 2005. Cuestionarios: índice de Karnofsky para medir el grado de autonomía (escala 1-100), que fue evaluado por dos enfermeros de la unidad, previo análisis de concordancia en la valoración. Se facilitó a los pacientes el cuestionario SF-36 para evaluar calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y SERVQHOS modificado (escala 1-5) para evaluar la satisfacción. Una vez cumplimentados los cuestionarios eran depositados en un buzón en la unidad. Los 3 cuestionarios se codificaron con el mismo número, garantizando el anonimato. Análisis. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS obteniendo las frecuencias y medias de puntuación en cada ítem. Se utilizó el Alpha de Cronbach para el análisis de fiabilidad.**Resultados:** Tasa de respuesta de los 3 cuestionarios 86% (77 cuestionarios). 95% de los pacientes contestaron, aunque de forma incompleta. 65% de los pacientes en HD y 82% de los pacientes en DP eran hombres. Edad media $68,8 \pm 14$ años en HD y $54,6 \pm 12,4$ años en DP. Alpha de Cronbach: 0,95/ 0,90 (HD/DP). La puntuación media obtenida en el cuestionario de satisfacción fue superior a 3,5 en todos los atributos excepto en la facilidad para llegar al hospital en HD. Tiempo de espera en la consulta médica en DP. Al analizar la posible correlación entre las variables: componente físico de la encuesta sf36, componente mental de la encuesta sf36, el valor de Karnofsky y la satisfacción global del paciente, se observa que no existe relación alguna entre las variables de la encuesta sf36 y Karnofsky con la satisfacción global que percibe el paciente. La única relación que se evidencia en la población atendida en nuestro centro es entre el componente físico y el índice de Karnofsky (0,564).**Conclusiones:** Ni la CVRS ni el grado de autonomía se asocian con la satisfacción con el servicio. Parece que ésta es independiente del estado de salud percibido por el propio individuo. Como era de esperar si encontramos asociación entre CVRS y grado de autonomía (lo que podría reforzar la validez interna del estudio). Sin embargo, parece recomendable estudiar si la ausencia de correlación puede ser debida a insuficiente tamaño muestral.

USO DE TÉCNICAS DE GRUPOS FOCALES PARA EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE Y SITUACIONES CRÍTICAS EN LA UCI PEDIÁTRICA (UCIP)

L. Casanueva-Mateos, P. Ruiz-López, J.I. Sánchez-Díaz, M.V. Ramos-Casado, M.J. Cinta-Cinta y S. Belda-Holfein. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Palabras clave: Cuidados Intensivos Pediátricos, Cuidados Paliativos.

Objetivos: La UCIP ha llevado a cabo un proyecto para conocer en profundidad la experiencia de los profesionales y de los padres de niños ingresados por una enfermedad grave, prestando especial atención a los padres de hijos fallecidos, para lograr un acercamiento a las familias, introduciendo una serie de mejoras y un cambio de cultura en el personal.

Material y métodos: Se organizaron Grupos Focales (GF) de padres de hijos fallecidos o con secuelas graves ingresados los años 1999-2002, moderados por psicólogos y miembros de una Asociación de padres con experiencia en familias en duelo. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones de grupos de profesionales. Se revisaron las fases del proceso desde la llegada y el ingreso en la UCIP hasta el seguimiento del duelo. Además, se recogieron las inquietudes y necesidades del personal.

Resultados: Se contactó con 133 familias (40% de hijos fallecidos y 60% de hijos con secuelas que sobreviven) de los que, finalmente, acudieron un 75% y un 44% respectivamente. Las mujeres se mostraron más predispuestas a venir (61%) en el caso de fallecidos frente al matrimonio completo (51%) en el caso de niños con secuelas. Se organizaron reuniones con 22 profesionales (5 médicos, 11 enfermeras y 5 auxiliares de enfermería). Se celebraron 9 reuniones con padres y 4 con profesionales. Se recogieron los principales problemas, así como discrepancias y soluciones. Entre las medidas instauradas hay que destacar: la realización de un programa de formación para el personal sobre técnicas de comunicación, prevención de estrés y mejora de trabajo en equipo; la creación de un Manual completo de apoyo a los niños y sus familias en la muerte y situaciones críticas que recoge estrategias para humanizar el entorno de la UCIP; plan de acogida al ingreso, técnicas y habilidades de comunicación, integración de la familia en los cuidados, así como aspectos relacionados con la muerte, el duelo y el cuidado al final de la vida. Y en último lugar, la realización de un cambio en la decoración de la UCIP adecuándola a la edad de los pacientes con el fin de atenuar el impacto generado por el entorno de la UCIP.

Conclusiones: La aplicación de GF ha permitido el acercamiento a las necesidades y problemas más importantes de los padres, así como de los profesionales, propiciando un cambio cultural de éstos. Esta información ha facilitado la implantación de medidas de mejora de una forma realista y ajustada a dichas necesidades.

C-218

VALORACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA DURANTE EL INGRESO. OPINIÓN AL ALTA Y TRAS UN MES DEL ALTA

M.V. Moreno-Portela, E. Navarro-Brito, V. Naranjo-Sintes, R. Hernández-González, P. García-Carlos y J.A. Lorenzo-Álvarez. Servicio Canario de la Salud.

Palabras clave: Encuesta, Trato, Hospital.

Objetivos: Comparar la valoración que hacen los usuarios en el momento del alta de la atención recibida durante el ingreso hospitalario, con la realizada un mes después del alta.

Método: Se realizaron dos estudios descriptivos transversales. El primero mediante un cuestionario de elaboración propia, con validez lógica, auto cumplimentable y anónimo, que se administró en días predeterminados de mayo de 2004, el segundo se llevó a cabo mediante una entrevista telefónica en noviembre de 2004, con idéntico cuestionario. Para la primera encuesta los sujetos de estudio son todos los pacientes dados de alta en cada fecha; para la segunda se solicitó una muestra con idéntica estructura y distribución en cuanto a edad, sexo, servicio responsable al alta y duración del ingreso y, se entrevistó a los pacientes un mes después del alta hospitalaria. Las encuestas se llevaron a cabo en los 10 Hospitales públicos de la Comunidad Autónoma. Las variables analizadas fueron: trato, información, servicio, duración del ingreso, edad y sexo.

Resultados: Se recogieron 3.315 encuestas en mayo (90,5% de tasa de respuesta) y se entrevistaron telefónicamente 2.918 pacientes (89,81% de tasa de respuesta). Hay aspectos que tienen una peor valoración en la encuesta telefónica: el porcentaje de pacientes que conocían el nombre de su médico, el trato con respeto y considerarse informado con claridad, todas estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Se detectan valoraciones más elevadas tras un mes del alta en los siguientes aspectos: el tiempo para visitas de familiares, si se dirigieron a ellos por su nombre, si fue atendido con rapidez y si entendió la información escrita, todas ellas alcanzan la significación estadística ($p < 0,001$). La valoración de los usuarios en relación con la calidad de la atención médica y de enfermería es mejor en el momento del alta que un mes después de su ingreso ($p < 0,001$).

Conclusiones: De las variables que hacen referencia al trato lo más relevante es el cambio en el hecho de sentirse tratado con respeto, es posible que la encuesta telefónica facilite al usuario la expresión de su desacuerdo. En algunos de los resultados tras un mes del alta, el factor "olvido" puede tener importancia. Es de destacar como mejora la percepción de la rapidez con la que fueron atendidos, ya que esta es una de las variables predictoras de más peso.

C-219

ANÁLISIS CUALITATIVO DEL SERVICIO ENFERMERO EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO EN EL HC AXARQUÍA

R. Zamora, C. Vela, E. Terol, D. Bravo, A. Sarmiento y E. Morcillo. Hospital Comarcal de la Axarquía.

Palabras clave: Grupo focal, Expectativas Usuarios, Calidad.

Introducción: Dentro del marco del II Plan de Calidad del SSPA y del Contrato Programa del Hospital Comarcal de la Axarquía, nos proponemos responder a los objetivos planteados en del Área de Atención al Ciudadano relacionados con su participación y la mejora continua de los servicios. Nos planteamos explorar e incorporar sus necesidades y expectativas al ámbito de Urgencias del Hospital, el cual está inmerso en un proceso de reorganización estructural y funcional.

Objetivos: Aumentar la participación del usuario. Explorar la calidad percibida por la atención recibida. Explorar sus necesidades y expectativas respecto al servicio enfermero. Identificar áreas de mejora para incorporar a la práctica.

Metodología: Técnica grupal de análisis: grupo focal. Incluyendo grabación de voz y notas de observadores. Definición de la población diana y selección de la muestra. Definición de las unidades de análisis y unidades de observación. Análisis de la información. Priorización de propuestas de mejora.

Resultados: Se recoge información relacionada con la visión y expectativas del usuario relacionado con: Accesibilidad: Campaña de concienciación ciudadana para utilizar el Servicio de Urgencias evitando demoras innecesarias. Información frecuente a pacientes y familiares. Satisfacción: Acondicionamiento de mobiliario y calidez ambiental. Respeto a la intimidad. Trato recibido bueno y correcto, excepto en episodios aislados que se viven como muy negativos. Respeto a la confidencialidad. Servicio Enfermero: Se identifica a la enfermera referente, salvo excepciones. Se asocia el servicio enfermero principalmente a las técnicas realizadas. Se solicita información frecuente, comunicación empática y acorde a sus necesidades. Se reconoce participación en toma de decisiones ante situaciones graves, no extensiva en todos los casos.

Conclusiones: 1. Se dispone de información cualitativa aportada por el usuario para incorporar a la práctica, dando así respuesta efectiva a sus necesidades. 2. Reconocimiento explícito de satisfacción del usuario por contar con su participación y sus opiniones.

C-220

¡QUE MIS VOLUNTADES ANTICIPADAS SE CUMPLAN!

J. Quintín, A. Cisneros, R. Garuz, I. Huertas, P. Sanz y A. del Villar. Dirección Gerencia Salud. Zaragoza.

Palabras clave: Voluntades anticipadas, derechos ciudadanos.

Objetivos: El Registro de Voluntades Anticipadas (RVA) garantiza en Aragón el derecho de los ciudadanos a que sus voluntades anticipadas se vean cumplidas. Los objetivos del plan de mejora del RVA son: 1. Facilitar a los profesionales facultativos de Aragón y a los declarantes, el acceso al RVA. 2. Agilizar el proceso de validación de los Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA). 3. Atender al ciudadano de manera personalizada y profesional. 4. Optimizar la gestión del RVA.

Métodos: Aplicación web para el acceso telemático al RVA de los profesionales médicos de Aragón y de los declarantes que deseen ver su propio documento. Aplicación informática propia del RVA para elaboración de autorizaciones de acceso, control y explotación de la base de datos y obtención de indicadores. Formación de la Comisión de Voluntades Anticipadas que valida los DVA y agiliza el resto de los procesos relacionados con el RVA. Formación de todos los profesionales sobre el DVA y acceso al RVA. Homogeneización de la información al ciudadano (mayor claridad), mediante la elaboración del documento informativo: "Usted debe saber..." y la incorporación del modelo de DVA propuesto por el SALUD a la Web oficial, en formato word, con links informativos de legislación y con la Organización Nacional de Trasplantes. Convenio con los Colegios de Médicos para la autorización de acceso al RVA por parte de los facultativos del sector privado de Aragón. Acuerdo con los Colegios de Notarios para facilitar el envío telemático por parte de estos profesionales de las actas notariales otorgadas por los ciudadanos al RVA.

Resultados: De los 1484 registros actuales el 62% corresponde a mujeres (cuando solo constituyen el 51% de la población) y el 38% a hombres. El 84% residen en ámbito urbano (siendo solo el 68% de la población de Aragón) y el 16% en el rural. Por edades, el 38% están entre los 45 y 64 años (son en 27% de la población total). Incremento progresivo de documentos basados en solicitudes de cuidados paliativos, no obsecación terapéutica y donaciones de órganos.

Conclusiones: Cuando se mejoran los canales de comunicación entre los profesionales y el RVA, la calidad de la atención recibida por el ciudadano mejora. La existencia del RVA garantiza el derecho de los ciudadanos a que sean atendidos sus deseos e instrucciones sobre las actuaciones médicas que se deberán tener en cuenta en caso de encontrarse en una situación en la que las circunstancias no le permitan expresar libremente su voluntad.

C-221

ELABORACIÓN DE INDICADORES FIABLES PARA LAS DEMORAS INICIALES EN EL HOSPITAL DE SEMANA (HS)

M.L. Misas, M.F. Fernández-Miera, C. Canet, G. Hoyos, F. Ordóñez y M. López

Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

C-222

Palabras clave: Calidad percibida indicadores demoras.

Objetivo: El paciente del HS se queja de la demora excesiva en ser atendido en el Área de Recepción y/o en ser enviado al procedimiento para el que ingresó. Nuestro Grupo de Mejora de la Calidad (GMC) se planteó la obtención de indicadores fiables de los tiempos muertos ocurridos antes de que el paciente salga del HS a realizarse su procedimiento.

Métodos: Muestra de 160 pacientes atendidos sucesivamente en el HS. Registro prospectivo de los tiempos de: Adelanto (AP) o Retraso (RP) del Paciente sobre la hora de citación, Retraso en pasar al Área de Recepción (RR), Atención en el mismo (AR) y Retraso en el envío al Procedimiento (RE). Se determinan promedio (P), desviación estándar (DE) y distribución de frecuencias y se estudian correlaciones entre los diferentes tiempos.

Resultados: El 26,9% pacientes se adelantaron a la hora de citación (P: 62' y DE: 81') y el 52,4% llegaron más tarde (P: 55' y DE: 70') El 56,9% de los pacientes tuvo que esperar más de 30 minutos para ser atendidos en el Área de Recepción (RR) con P: 40' y DE: 35'. El tiempo P de AR fue de 20' (DE: 11') El 60,6% de los pacientes tuvo que esperar más de 2 horas para ser enviado a la realización del procedimiento (RE) con P: 176' y DE: 133'. Los tiempos muertos RR y RE no presentaban correlación entre ellos ($r = -0,10$), pero sí el RE con la suma de ambos ($r = 0,97$) El GMC determinó un estándar de buena práctica de 30' máximos para el RR y de 120' máximos para el RE. Se establecieron 2 indicadores: 1) Índice de RR (IRR) = nº pac. con RR > 30'/n y 2) Índice de RE (IRE): nº pac. con RE > 120'/n, con el objetivo de reducir ambos a 0,3 antes de finalizar el año 2006. Se decidió medir ambos indicadores cada 6 meses. Además se determinó añadir varias preguntas al respecto en la encuesta anual de satisfacción del paciente del HS. Se decidió orientar las acciones de mejora, en el caso del RR, hacia la información dada al paciente por el Servicio de Admisión antes de su ingreso en el HS y, en el caso del RE, hacia la adecuada coordinación entre la programación de los procedimientos por parte de las Unidades correspondientes y la citación del paciente para su ingreso en el HS.

Conclusión: El estudio de demoras iniciales en el HS ha permitido elaborar indicadores fiables para conocer con exactitud la magnitud de los tiempos transcurridos sin actividad asistencial propiamente dicha. El control periódico de sus desviaciones permitirá al GMC actuar sobre los subprocesos asistenciales implicados en cada momento y mejorar la calidad percibida por el paciente.

MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA TRAS LA FUSIÓN DE DOS SERVICIOS DE URGENCIAS GENERALES

J.R. Aginaga, A. Hernando, P. Busca, M.J. Preciado, M. Cancio y A. Aranzabal

Hospital Donostia.

C-223

Palabras clave: Satisfacción, paciente, urgencias.

Objetivos: Nuestro hospital es el resultado de la fusión de tres hospitales públicos, iniciada en 2001. En abril de 2004, se fusionaron los dos servicios de Urgencias Generales, y se asumieron las urgencias psiquiátricas. En cada servicio de urgencias se realizaban anualmente, encuestas a pacientes, cuyos resultados, en general, eran satisfactorios. No obstante, había aspectos que eran mejor valorados en un servicio y otros en otro. Uno de los objetivos tras la fusión fue mantener o mejorar la satisfacción de los pacientes, aportando lo mejor de cada servicio.

Metodología: Diseño del nuevo proceso de atención urgente. Remodelación de la estructura física. Realización de encuesta telefónica. Comparación de resultados obtenidos antes y después de la fusión.

Resultados: 1. *Hemos mejorado y/o mantenido valoración positiva > 90% (porcentaje de pacientes que responden positivamente a la pregunta) en:* Trato: interés del personal por escuchar y preocuparse del problema, amabilidad y respeto de todo el personal, confidencialidad e intimidad superan el 95% de valoración positiva. Claridad de la Información sobre pruebas complementarias, del informe de alta y de la necesidad de ingreso o alta a domicilio. La valoración de la competencia profesional, aspectos del confort como limpieza y tranquilidad del ambiente, 2. *Aspectos que han mejorado, pero aun no alcanzan el 90% de valoración positiva:* Triage (82,1%); comodidad de las instalaciones (76,84%); tiempo de espera hasta el ingreso (55,9%); información sobre tiempo de espera estimado para ser atendido. 3. *Demoras:* Ha mejorado la percepción del tiempo medio de espera desde la llegada hasta la atención médica (43 min) y también la percepción del tiempo total de estancia en Urgencias (134 min). 4. *Los únicos aspectos que han empeorado, son:* Información global de la asistencia (89,12%); oportunidad de estar acompañados por familiares (87,3%); información sobre la necesidad de controles médicos posteriores (85,8%).

Conclusiones: Los cambios estructurales habidos han podido motivar la disminución de la satisfacción en algunos aspectos en los que se tomarán las medidas oportunas. Sin embargo, la colaboración y el compromiso con el paciente de todas las partes implicadas, ha permitido que un proceso de fusión de servicios, que conlleva cambios, resistencia a los mismos, momentos conflictivos y un tiempo de adaptación, haya incidido positivamente, en general, en la satisfacción del paciente.

GUÍA PARA PADRES FUMADORES DE NIÑOS ASMÁTICOS

O. García-Algar, S. Pichini, R.M. Busquets, M. Riu, F. Cots, y M. Casamitjana
Hospital del Mar. Barcelona.

C-224

Palabras clave: Asma, tabaco, guía para pacientes.

El humo del tabaco se puede dividir en: corriente de humo principal y corriente de humo secundaria. En el primer caso, se trata del humo inhalado por el fumador, mientras que en el segundo caso, se trata del humo que difunde en el aire entre dos exhalaciones del fumador. Exposición al humo del tabaco y asma en los niños Se ha demostrado que la exposición a la corriente de humo secundaria, debida al consumo de tabaco por parte de los padres, es más peligrosa para la futura aparición de asma en la infancia si tiene lugar durante el embarazo y durante los primeros años de vida del niño. De hecho, el humo de tabaco secundario puede desencadenar episodios de asma y hacer que los síntomas de asma sean más graves en los niños que ya presentan asma. Si, como parece ser, el consumo pasivo de tabaco da lugar a cambios que obstruyen el flujo aéreo, y si estos cambios son reversibles, los padres de los niños con asma deberían ser convencidos de que no deben fumar en presencia de sus hijos. Guía para padres fumadores de niños asmáticos Que los padres dejen de fumar no depende únicamente de su motivación personal, sino también del consejo y la ayuda que reciben del médico. Éste puede recomendar un programa de autoayuda para dejar de fumar o acudir a una consulta especializada en el abandono del hábito del consumo de tabaco. Las tasas de éxito de estos programas varían entre el 40 y el 97%, aunque algunas de las personas que lo han dejado vuelven a fumar al cabo de un año. Los médicos a los que se consulta acerca de la atención a un niño con asma tienen la obligación de preguntar sobre los hábitos de consumo de tabaco de la familia y los cuidadores, y de recomendar que los fumadores lo dejen, al menos mientras estén en casa o en el coche con el niño. No hace falta decir que hay que preguntarles a los niños en privado si ellos mismos fuman. El Servicio d Pediatría del Hospital del Mar de Barcelona, en colaboración con el Instituto Superior de Sanidad de Roma, hay editado una guía para padres fumadores de niños asmáticos, en la que se les explica cómo pueden dejar de fumar y que elementos terapéuticos existen (consejo médico, tratamiento de la dependencia con terapia sustitutiva con nicotina y tratamiento de la abstinencia con bupropion), dónde deben dirigirse y, en el caso que no sean capaces de abandonar el hábito y mientras lo consiguen, se les dan consejos sobre cómo evitar la exposición de sus hijos al humo del tabaco, aclarando sobre todo creencias erróneas en este sentido.

MESA 29

Eficiencia (IV)

C-226

ESTUDIO DE FACTORES RELACIONADOS CON LA DURACIÓN DE LAS BAJAS POR CONTINGENCIA COMÚN

A. Jové, Y. González, J. Remacha, E. García, F. Blanco
y A. Iglesias
Mutua Universal. Barcelona.

Palabras clave: Incapacidad, duración, factores.

Introducción: La duración de la incapacidad temporal por Contingencia Común, está estrechamente relacionada con la patología que motiva la misma, no obstante, existen otros factores sociodemográficos y laborales que influyen en ella. Conocer la influencia de estos factores, permitiría explicar parte de la variabilidad en la duración para un mismo grupo diagnóstico.

Objetivo: Analizar la relación entre 12 factores y la variable dependiente (duración), para cada uno de los 20 grupos de diagnósticos de mayor incidencia en nuestro ámbito.

Material y métodos: Del total de procesos de baja por Contingencia Común durante el período 1999-2003, se seleccionaron 20 grupos diagnósticos (clasificación CIE-9-MC a tres dígitos) con mayor incidencia, que representan 111.843 casos. Se trata de un estudio retrospectivo que analiza para cada grupo, la relación entre la variable dependiente (duración) y los 12 factores, mediante el Análisis de la Varianza y el Análisis de la Correlación (SPSS.12).

Resultados: Los resultados obtenidos muestran que los factores pérdida de contrato, tipo de trabajo y edad influyen en la duración para los 20 grupos estudiados. La comunidad autónoma y la actividad de la empresa, influyen en la duración de 19 y 17 grupos. El número de procesos previos y el género influyen en la duración de 14 grupos. Tener o no contrato indefinido, la base reguladora y la antigüedad en la empresa influyen en la duración de 12, 11 y 10 grupos respectivamente. Tan sólo la duración de 5 y 3 grupos, se ven influenciados por los factores, dedicación parcial o total al trabajo y número de trabajadores de la empresa, respectivamente.

Conclusiones: Los resultados obtenidos evidencian que, independientemente del diagnóstico que motivó la incapacidad temporal, existe relación entre la mayoría de factores estudiados y la duración de los procesos. Las características de los factores estudiados son intrínsecas a la persona o escapan del ámbito de nuestra gestión; sin embargo, el estudio contribuye a explicar la variabilidad en la duración, permitiendo proponer alternativas de mejora en otros entornos. Los autores consideran este trabajo un primer paso imprescindible hacia un estudio multivariante que contribuyese a conocer la influencia combinada de los factores estudiados en la duración de los procesos de IT por Contingencias Comunes.

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL. ESTUDIO DE LA DURACIÓN MEDIA POR CONTINGENCIA Y PATOLOGÍA

Y. González, J. Remacha, M. Blanco, E. García, C. Valls
y T. Molina
Mutua Universal. Barcelona.

C-225

Palabras clave: Valoración, incapacidad, duración.

La valoración de la capacidad laboral del trabajador es una habilidad básica en el manejo de la Incapacidad Temporal (IT). La experiencia adquirida en el abordaje de las Contingencias Profesionales, supone una ventaja para la gestión de la IT derivada de Contingencias Comunes (CC), máxime en aquellas patologías prevalentes en ambas. Asumiendo las diferencias de abordaje en las patologías según su origen (laboral o común), el estudio pretende analizar las diferencias de duración, así como, el impacto que para los procesos de origen común supondría la aplicación de la misma valoración de la capacidad laboral.

Objetivo: Comparar las duraciones medias de los procesos de IT para determinadas patologías en función del origen que motiva la baja. Estudiar el impacto en la duración de los procesos de CC según nuestra valoración de la capacidad laboral realizada durante su control y seguimiento.

Material y métodos: Procesos de IT del año 2004 y clasificados por la contingencia que motivó la baja (Común o Laboral) y el diagnóstico, seleccionando los 10 grupos diagnósticos (CIE-9-MC, tres dígitos), con mayor incidencia y presentes en ambas contingencias. Tras el estudio descriptivo, se comparan las duraciones medias entre contingencias y para cada grupo. Para los procesos originados por CC, se compara la duración real de cada grupo con la duración supuesta de haber sido efectiva nuestra valoración de la capacidad laboral. Las comparaciones fueron analizadas mediante el T-Test (SPSS.12).

Resultados: La comparación según el motivo de baja, muestra una duración media de 17,06 días para los procesos de origen laboral y de 59,73 días (p.000) para los de común. La comparación analizada para cada uno de los 10 grupos estudiados presenta el mismo comportamiento (inferior en laboral). El estudio de la duración de los procesos de origen común, estimada en función de nuestra valoración de la capacidad laboral, muestra una duración media significativamente inferior: 57,04 días (p.000), respecto a la real. Este mismo análisis, por grupos patológicos, también evidencia menor duración media, aunque sólo en dos muestras diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Para los todos los grupos patológicos estudiados, los resultados evidencian duraciones claramente inferiores cuando el origen que motiva la baja médica es laboral. Considerar la valoración de la capacidad laboral para los procesos de común, contribuiría en una proporción nada despreciable, a disminuir la duración de los mismos.

C-227

PROGRAMA DE FORMACIÓN INTERNA. INFLUENCIA EN LA PRÁCTICA DIARIA

G. de Febrer, X. Claramunt, C. Yagüez, R. Surroca, B. García
y M. Bonet
Área Sociosanitaria. Hospital Sant Joan de Reus.

Palabras clave: Formación interna.

Objetivo: Elaborar e implementar el programa de formación interna en el año 2004 en el Área Sociosanitaria del Hospital Sant Joan de Reus.

Metodología: Creación del programa de Formación Interna a partir de las demandas de los profesionales de la Unidad sobre los temas más prevalentes. Enfoque multidisciplinar: sesiones mensuales conjuntas con los diferentes profesionales: enfermeras, auxiliares, trabajadora social, fisioterapeuta, médicos y administrativa. Aplicación práctica a partir de las diferentes sesiones realizadas. Encuesta de satisfacción y valoración del impacto de la formación en la actividad diaria.

Resultados: 1. Durante todo el año 2004 se han realizado 10 sesiones de formación de 2h de duración, en donde participaron como docentes 12 profesionales del Área y un promedio de asistencia del 80% (19/24). 2. Repercusión en la práctica asistencial: Implementación del registro de sujeciones a partir de sesiones de inmovilidad y síndrome confusional agudo. Implementación del registro de incontinencias de orina a partir de la sesión correspondiente. Higiene postural en la realización de la movilización de los pacientes. Sesiones de formación en el paciente con hemiplejia. Enfoque multidisciplinar en relación al programa de derivación de pacientes con AVC. 3. Resultados de la encuesta de satisfacción: Grado de satisfacción de las sesiones: 8,7/10. Grado de cumplimiento de las expectativas: 8,3/10. Utilización del curso para el desarrollo del trabajo profesional diario: 8,3/10. 4. Resultados de la encuesta de valoración del impacto de la formación en la actividad diaria: 8,3/10.

Conclusiones: 1. Estamos en proceso de consolidación del programa de Formación Interna. 2. La alta participación de los profesionales de la Unidad en el programa de formación interna es consecuencia de la participación de los mismos en su confección. 3. Creemos que la formación interna tiene que ir dirigida a mejorar la actividad diaria de los profesionales de la Unidad. 4. La dificultad más importante a resolver creemos que es la multidisciplinariedad.

IMPACTO EN EL COSTE DE TRES PROCESOS TRAS LA INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS CLÍNICAS

M. Sans, G. Carrasco, C. Humet y A. Pallares.
Comisión de Calidad SCIAS-Hospital de Barcelona.

C-228

Palabras clave: Mejora, Introducción, Tecnologías.

Objetivos: Evaluar el impacto en los costes reales por proceso de un programa de calidad basado en la introducción de nuevas tecnologías sanitarias. (Ambulatorización de la catarata, la colecistectomía por laparoscopia y la angioplastia con "stent").

Metodología: *Diseño:* prospectivo, controlado y comparativo con muestreo aleatorio de casos. Se compararon los resultados obtenidos durante 2002 (preprograma) con los de 2004 (después de la aplicación del programa) en dos de los procesos más frecuentes y en el de mayor riesgo y coste. *Tamaño de la muestra:* programa G-Stat 2.0 correspondiendo a los siguientes casos/año: catarata con ingreso versus ambulatoria (n = 2,291), colecistectomía abierta versus laparoscópica (n = 189) y angioplastia con stent versus cirugía coronaria (n = 178). *Cálculo de costes:* programa ADB plus analizando los costes directos "caso a caso" junto a los costes imputables indirectos, estructurales y de amortización de las nuevas tecnologías. Los datos se transfirieron desde el ordenador central a una aplicación de diseño propio (HB costing 2.0) que realizó los cálculos. *Análisis estadístico:* para las variables categóricas se realizó mediante el test de la chi² de hipótesis o significación. Para la comparación de medias entre dos grupos cuando la distribución era normal se usó la prueba de la t de Student. Los resultados se expresaron como media aritmética ± desviación estándar junto a los intervalos de confianza (IC95%). Se consideró un nivel de significación estadística de p < 0,05.

Resultados: Las variables de actividad hospitalaria (ingresos, altas, estancias...) así como el case mix según el peso relativo de GRD (1,027 versus 1,078) fueron comparables durante períodos estudiados. Se observó mejora estadísticamente significativa en todos de los indicadores de calidad (estancia media ajustada a funcionamiento, reingresos y mortalidad) después de aplicar el programa de calidad. El programa disminuyó el coste en los dos procesos más frecuentes, catarata (-34%; [IC95% -27,3/-44,2%]; p < 0,01) y colecistectomía (-148,6%; [IC95% -130,0/-150,0%]; p < 0,002) y en el de mayor coste y riesgo, cirugía coronaria (-55,5%; IC95% [-48,9/-59,6%]; p < 0,001).

Conclusiones: En las condiciones del estudio, el programa de calidad basado en la introducción de nuevas tecnologías mejora los indicadores de calidad y reduce los costes de los procesos hospitalarios clave.

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES CON AVC DESDE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS HACIA LA UNIDAD DE CONVALESCENCIA

G. de Febrer, C. Yagüez, C. Cros, M. Bonet, I. Navarro y P. García
Área Sociosanitaria. Hospital Sant Joan de Reus.

C-229

Palabras clave: AVC, Coordinación de recursos asistenciales.

Objetivos: Elaborar e implementar el protocolo de derivación de pacientes con accidente vascular cerebral (AVC), desde hospitalización a la Unidad de Convalecencia (UCCP). Valorar su aplicación.

Metodología: Valoración del proceso de derivación: reuniones formales periódicas de la UFISS Geriátrica y Neurología. Confección del circuito de derivación mediante la hoja de derivación a nivel de enfermería. *Se registra:* tipo de AVC, caída de dependencia funcional y complicaciones. Derivación a la Unidad en un plazo < 7 días de la solicitud. Sesiones de formación interdisciplinarias del paciente con hemiplejia. Valoración de recuperación de la capacidad funcional: afasia, disfagia, rehabilitación, diagnóstico social, material ortopédico.

Resultados: De los 225 pacientes con AVC ingresados, 63 fueron valorados por la UFISS según protocolo. Prácticamente la totalidad de los pacientes presentaban hemiplejia (61). 1. Descripción de la población: Hombres: 46%. Edad media: 77,7 años (62 – 94). 2. Recurso al alta hospitalaria de los pacientes valorados: Ingreso CSS 77,7% (49), Domicilio – 12,7% (8), Residencia – 4,7% (3), Exitus – 3,1% (2), Otros – 1,5% (1). 3. Media de tiempos (T) de derivación: T des del ingreso al Hospital hasta la petición: 5,73 d. T de consulta UFISS: 2,38 d. T des de la valoración de la UFISS hasta el ingreso en CSS: 4,98 d. T de estancia hospitalaria de los pacientes (225): 7,41 d. T de estancia hospitalaria de los pacientes valorados por la UFISS (63): 11,07 d. 4. Destino a alta de la UCCP: Domicilio – 60%, Exitus – 20% (edad media: 82,5 años), traslado CSS LLE– 14,3%, HUSJ – 5,7% con una estancia media de los pacientes que vuelven al domicilio de 56 días. 5. Evolución de la capacidad funcional. Barthel (B) medio previo ingreso hospitalario: 95 B medio al ingreso en la UCCP: 30 B medio al alta en la UCCP: 50.

Conclusiones: 1. La aplicación del protocolo ha permitido incrementar el nº de pacientes que se benefician de atención sociosanitaria (26 –2001 / 63-2004). 2. La aplicación del protocolo ha permitido reducir la estancia media hospitalaria de estos pacientes y automatizar la derivación. 3. El ingreso en el CSS ha permitido el retorno de los pacientes al domicilio en su mayoría, evitando institucionalizaciones inadecuadas. 4. Alto porcentaje de exitos plantea revisar los criterios de inclusión en el protocolo. 5. Como área de mejora se podría incidir en la reducción de los días en que se solicita la petición de valoración.

EVALUACIÓN DE MEDIDAS DE INTERVENCIÓN DESARROLLADAS PARA DISMINUIR LAS AUSENCIAS DE PACIENTES EN SALAS DE FISIOTERAPIA

A. Mesa, V. Reche, I. Martínez, P. Barroso y J. Fierro
Distrito Levante Alto Almanzora – Almería.

C-230

Palabras clave: Fisioterapia, Absentismo, Gráficos de control.

Objetivo: Evaluar el impacto de las medidas de intervención implantadas para gestionar las ausencias de pacientes en las salas de fisioterapia.

Métodos: Se constituyó un grupo de mejora y se monitorizó, en el primer semestre de 2004, la proporción de sesiones de tratamiento de fisioterapia semanales no realizadas por incomunicación del paciente, sobre las establecidas en la agenda de las salas de fisioterapia de tres Zonas Básicas de Salud (Los Vélez, Mármol y Albox). Con estos datos se realizó un gráfico de control de proporciones y se analizó si la variabilidad del proceso estaba bajo control estadístico. Se realizó un estudio descriptivo para conocer causas internas al funcionamiento de las salas (perfil del paciente absentista). Con esta información se propuso la siguiente estrategia de intervención que se implantó en enero de 2005: Cerciorarse que los usuarios conocían los días de apertura de las salas en períodos festivos. A los pacientes con el perfil absentista se les indicaría al inicio y a la mitad de las sesiones prescritas, la importancia de la asistencia a las citas y se les daría un folleto informativo. Llamada de teléfono a todos los pacientes con dos ausencias consecutivas. Reutilizar las citas de ausencias conocidas previamente. Con la misma metodología y realizando gráficos de control se monitorizó el segundo semestre del 2004 y el período enero-mayo de 2005.

Resultados: Se presentan los gráficos de control de las series de datos correspondientes a cada una de las salas en los tres períodos establecidos. En el análisis de los gráficos se recoge la siguiente evolución de las medias, expresadas en % de sesiones no realizadas, para cada sala: Primer semestre de 2004, Los Vélez 13,87, Mármol 9,8 y Albox 10,36; Segundo semestre de 2004, Los Vélez 12,56, Mármol 6,89 y Albox 5,9 y período enero-mayo 2005 Los Vélez 8,1, Mármol 5,04 y Albox 3,9.

Conclusiones: Se ha producido un descenso de la media de absentismo en los dos últimos períodos estudiados, más aún en el tercer período tras la implantación de las medidas de intervención establecidas. Dado los resultados positivos obtenidos se considera que se puede valorar su extrapolación a otros ámbitos.

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS PRESENTAN LOS PACIENTES QUE ACUDEN MÁS DE UNA VEZ A LAS SALAS DE FISIOTERAPIA?

I. Martínez, V. Reche, A. Mesa, P. Barroso y A. Navarro
Distrito Levante Alto Almanzora – Almería.

C-231

Palabras clave: Fisioterapia, Algas Vertebrales.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes que han acudido más de una vez a las salas de fisioterapia tras ser derivados por el médico rehabilitador.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. *Población de estudio:* Pacientes derivados desde el Servicio de Rehabilitación del Hospital de referencia, y que inician tratamiento en más de una ocasión, en las salas de fisioterapia de las Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Mármol, Albox y Los Vélez. *Período de estudio:* octubre 2002 a mayo de 2005. *Variables:* Edad, sexo, ZBS, diagnóstico, tiempo en meses entre una y otra derivación, tratamiento realizado (cinesiterapia, mecanoterapia y electroterapia). *Fuentes de información:* Fichas de derivación del Servicio de Rehabilitación, historia clínica de Fisioterapia y Rehabilitación, Base de datos en ACCESS de usuarios de fisioterapia del Distrito Sanitario. Para variables cuantitativas se calcularon media, desviación estándar y percentiles y para las cualitativas porcentajes.

Resultados: Han iniciado tratamiento 3.006 pacientes, de ellos han acudido en más de una ocasión 142 (Los Vélez 37,3%, Albox 35,2% y Mármol 27,5%), lo que corresponde a un 4,7% del total. El 77,5% fueron mujeres; el número de tratamientos recibidos ha oscilado entre 2 y 5, un 85,2% fueron atendidos en dos ocasiones y un 12,7% en tres. La edad de los pacientes ha oscilado entre los 8 y 86 años con una media de 52,3 y una desviación estándar de 16, el grupo con mayor número de repeticiones de tratamiento fue el de 51 a 60 años con 27,5%. El diagnóstico más frecuente en todos los casos ha sido algias vertebrales (oscilando entre 38,7% en la segunda derivación y 100% en la cuarta y quinta derivación) y patología de partes blandas (17,6% en la segunda derivación y 22,5% en la tercera). El 75% de los pacientes derivados por segunda vez recibieron tratamiento en los 10 meses posteriores a la primera alta y los derivados por tercera vez en los 6 meses posteriores a la segunda. En cuanto al tratamiento, la electroterapia es la más prescrita (45,1% en la segunda derivación y 100% en la quinta).

Conclusiones: El mayor número de pacientes con más de una derivación son mujeres entre 51 y 60 años, con algias vertebrales y patología de partes blandas y que son tratados en los primeros 10 meses posteriores a la primera alta. Se considera necesario profundizar en las características de estos pacientes dado que podrían ser candidatos de algún otro tipo de tratamiento o diagnóstico más específico.

MEDIDA DEL CONSUMO DE TIEMPOS EN TECNOLOGÍA MÉDICAS: "UNA ASIGNATURA PENDIENTE"

J.M. Sánchez-Nieto, J.J. Mira, A. Carrillo, L. Alemany, P. Berlinches y J.C. Ros
Hospital J.M. Morales Meseguer.

C-232

Palabras clave: Tiempo, técnicas neumológicas, variabilidad.

Objetivos: Conocer la variabilidad en la interpretación del consumo de tiempo médico atribuible a la realización de técnicas neumológicas.

Material y métodos: Estudio piloto mediante reunión de expertos y valoración de escala de tiempos. Una reunión formal con catorce neumólogos conocedores de las tecnologías. Diseño de cuestionario con valoración de doce tecnologías. Siete preguntas sobre tiempos colaterales (tc) por cada técnica: valoración clínica inicial, y final, consulta historia, procesamiento muestras, informe, información y tiempo de realización de la técnica (T). Cinco opciones de tiempo en minutos en cada variable y una opción abierta. *Análisis estadístico:* variables expresadas como medias ± desviación estándar. Variabilidad en medición calculada como coeficiente de variación (CV).

Resultados: N = 14 Media Desv. Típ. CV Broncoscopia simple (T) 25 13,5 0,54 Broncoscopia simple: (T+ tc) 77,4 25,9 0,33 Broncoscopia compleja (T) 39,6 12,7 0,32 Broncoscopia compleja: (T+ tc) 104,6 29,1 0,29 Toracocentesis diagnóstica (T) 15,8 5,5 0,35 Toracocentesis diagnóstica: (T+ tc) 66,6 18,9 0,28 Toracocentesis evacuadota (T) 30,8 10,4 0,33 Toracocentesis evacuadota: (T+ tc) 81,6 26 0,31 Inserción tubo torácico (T) 31,6 9,1 0,28 Inserción tubo torácico: (T+ tc) 92,8 25,3 0,27 Pleurodesis: días (T) 4,4 1 0,24 Fibrinolisis: días (T) 4,2 1,2 0,29 Poligrafía respiratoria (T) 22,4 5,6 0,25 Poligrafía respiratoria: (T+ tc) 54,5 12 0,22 Polisomnografía (T) 82,5 25,7 0,31 Polisomnografía: (T+ tc) 115,5 2 0,23 Ventilación no invasiva (T) 3,41 1,08 0,31 Ventilación no invasiva: (T+ tc) 103 29,86 0,28 Espirometría (T) 6,33 2,83 0,44 Espirometría: (T+ tc) 23,75 11,57 0,48 Volumenes y difusión (T) 9,27 3,84 0,41 Volumenes y difusión: (T+ tc) 24,72 7,95 0,32.

Discusión: En los resultados se observa gran variabilidad en la estimación de los tiempos. Esto podría indicar el bajo nivel de acuerdo existente entre los profesionales al valorar el tiempo necesario para realizar técnicas o la inclusión métodos de validación del cuestionario. Técnicas de uso habitual como la broncoscopia o la espirometría presentan los mayores CV.

Conclusiones: 1. Existe una gran variabilidad entre los profesionales que valoran los el consumo de tiempos en las técnicas neumológicas. 2. La realización de técnicas de sueño y técnicas pleurales complejas muestran menor variabilidad, por contra, la espirometría y la broncoscopia presentan el mayor coeficiente de variación.

MESA 30

Accesibilidad (I)

E-PACIENTES: UN NUEVO PERfil DE PACIENTE QUE REQUIERE DE NUEVAS HABILIDADES EN LOS PROFESIONALES

J.J. Mira, V. Pérez-Jover, G. Llinás y O. Tomás
Universidad Miguel Hernández.

C-233

Palabras clave: e-health, accesibilidad

Objetivo: Describir cómo buscan información sanitaria los internautas.

Método: Estudio descriptivo en el que se pregunta a 225 internautas (112 varones y 113 mujeres, edad media 21,15 años) cómo buscan información sanitaria los internautas y en el que específicamente se analizan sus conductas de búsqueda en Internet sobre: leucomalacia periventricular (LEU), artritis reumatoide (ART) y hemodiálisis (HEM). Los datos fueron analizados mediante estadísticos descriptivos y pruebas de diferencias de medias (Chi-Cuadrado y t-Test).

Resultados: Un 67% recurre a Internet para buscar información médica (por curiosidad sobre temas concretos [61,5%], por enfermedad propia y/o de amigos o familiares [38,5%]). 76,3% disponían de Internet en casa. 48,9% afirman dedicar hasta 2 horas diarias a navegar por Internet. 43,6% busca cualquier tipo de información en la Red a diario y un 27,1% 4 ó 5 veces por semana (recurren a la Red más frecuentemente los hombres, t: 4,514; p < 0,0001). Para un 93,8% es más fácil obtener información a través de Internet que en revistas u otros medios. De quienes buscan información sanitaria en la Red un 73,7% afirma que es fácil encontrar información y un 80,4% considera que se ha informado correctamente gracias a Internet, sólo un 12% dice que la información no le pareció correcta y un 7,6% no la encontró útil. Los motores de búsqueda más utilizados son: Google (64,1%) y Yahoo (10,9%). Consultan más de 25 páginas sobre LEU un 53,4%, ART 68% y HEM 48,6%. El tiempo medio destinado a buscar información en cada página osciló entre algo menos de un minuto y 10,73 mn (LEU 0,59-7,79 mn; ART 0,81-9,77 mn; HEM 0,72-10,73 mn). Páginas más visitadas: LEU, mmhs.com (13,7%); ART ser.es/pacientes/art_reuma.html (16,8%) y tuotromedico.com (15%); HEM, donacion.organos.ua.es/info_sanitaria/renal/hemodialisis.htm (20%). No hallamos diferencias entre hombres y mujeres en estilos de búsqueda.

Conclusiones: Internet ejerce una influencia creciente en los ciudadanos a la hora de informarse. Los internautas recurren a la Red para informarse sobre cuestiones de salud cada vez más y lo consideran un buen método. Los internautas suelen utilizar los mismos motores de búsqueda y, por tanto, visitan las mismas páginas para los mismos temas. Se dedica un tiempo muy reducido para decidir si seguir leyendo una página o si saltar a otra.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PORTALES WEB DE HOSPITALES PÚBLICOS ESPAÑOLES

J.J. Mira, O. Tomás, G. Llinás, J. Rodríguez-Marín y V. Pérez-Jover
Universidad Miguel Hernández.

C-235

Palabras clave: e-health, accesibilidad.

Objetivo: Evaluar la calidad (entendida como orientación al ciudadano) de los portales web de hospitales públicos españoles analizando legibilidad (textos redactados de forma que la mayoría de internautas puedan entenderlos con facilidad) y accesibilidad (facilitan navegación).

Método: Estudio descriptivo en el que se aplica la Escala de calidad de la e-information de centros sanitarios (73 elementos, puntuación máxima 73 puntos) para determinar la calidad y Test de Accesibilidad Web (TAW) para determinar accesibilidad, a una selección de 11 portales web de hospitales. La legibilidad se ha calculado aplicando los índices de Flesch (adaptado por Fernández Huerta -IFA-), complejidad oracional (ICO) y complejidad vocabulario (CV) a textos extraídos del portal web.

Resultados: Puntuación media en Escala de calidad de la e-information de centros sanitarios de 28,5 puntos (rango 15-41 puntos). Un 20% de los atributos de calidad no están presentes en ninguno de los portales visitados. Puntuación media en IF de 59,11, rozando los 60 puntos que suponen una legibilidad estándar. Valor medio ICO de 31,45 (legibilidad adecuada). Complejidad del vocabulario con puntuación media de 71,27 que se acerca a los niveles de máxima complejidad. Ninguna de las páginas visitadas cumple los requisitos para ser considerada accesible en TAW.

Conclusiones: Portales web muestran importante variabilidad descubriendo oportunidades de mejora para asegurar su comprensión, facilidad de navegación y presentación de contenidos estructurados para los internautas.

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE MEJORA DE LA INFORMACIÓN EN LAS SALAS DE ESPERA DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

A. Villanueva, A. Galán, V. Saurí, A. Fernández-Crehuet, C. Nebot y C. Sanjuán
Dpto. de Psicología de la Salud.

C-236

Palabras clave: Accesibilidad, información al paciente.

Objetivo: Evaluar la efectividad del Programa iniciado en 2004 para mejorar la información al paciente y acompañantes y el confort de las instalaciones en Urgencias hospitalarias.

Método: Comparaciones de dos grupos (experimental [incluidos Programa] y control) pre-post de las percepciones de 7.138 pacientes (67,65% encuestados en años anteriores al inicio del Programa, 54,4% mujeres, 58,3% con menos de 50 años) atendidos en Urgencias hospitalarias. El Programa se puso en marcha en hospitales con mayor demanda y cuyos índices de calidad percibida eran inferiores, en su conjunto, hasta la fecha. Estadísticos empleados: Chi-Cuadrado y t-Test.

Resultados: La frequentación de las Urgencias en hospitales incluidos en el Programa se incrementa en el 2004 y es mayor a la Urgencias grupo control (22,2% vs. 17,1% visitan más de una vez Urgencias en el último mes). La percepción de gravedad del motivo por el que se acude a Urgencias también (12,3% vs. 7,6% consideran motivo muy grave). En este período de tiempo se han reducido las diferencias iniciales en las valoraciones de los pacientes respecto de: información recibida en 0,7 puntos porcentuales (pasando de 5,1 a 5,7 puntos y de 6 a 5,87 puntos); e información a acompañantes del paciente en 2,1 puntos porcentual, equiparándose en esta anualidad y mostrando una mejora respecto del pretest ($p < 0,01$). Se ha reducido el porcentaje de pacientes que afirman esperar mucho tiempo en 1,6 puntos porcentuales ($p < 0,001$); y se ha incrementado el porcentaje de pacientes que afirman apreciar mejoras en la atención urgente en 5 puntos porcentuales, lo que supone una significativa y más positiva valoración respecto del pretest ($p < 0,001$). En el período analizado no se han apreciado diferencias en la valoración de los niveles de confort.

Conclusiones: El Programa puesto en práctica para mejorar la atención urgente en hospitales públicos ha empezado a dar resultados positivos, como por ejemplo, que ha amortiguado el efecto negativo que la epidemia de gripe ha tenido en el pasado final de año para el conjunto de las Urgencias.

MEJORAS EN LA ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN AMBULATORIA

C. Nebot, C. Sanjuán, A. Fernández-Crehuet, A. Galán, A. Villanueva y V. Saurí
Dpto. de Psicología de la Salud.

C-237

Palabras clave: Accesibilidad, satisfacción del paciente.

Objetivo: Analizar la percepción que los pacientes tienen de la accesibilidad en 8 áreas de Atención Primaria de la provincia de Alicante.

Método: Estudio comparativo de las valoraciones de pacientes respecto de la accesibilidad a los centros de salud (atención de adultos y pediátrica). En total se analizan las respuestas de 24.909 pacientes atendidos en AP. Mediante Chi- Cuadrado se analizan las diferencias en las respuestas.

Resultados: En 2004 un 41% ha acudido en los últimos 12 meses más de 6 veces a consulta. Se aprecia una significativa mejora en la accesibilidad: esperan menos de 15 mn para obtener día y hora de consulta un 68% ($p = 0,016$) y el 73% lo consiguió con menos de 5 intentos por teléfono ($p < 0,0001$). Esperan para entrar en consulta más de 30 mn un 25,8% ($p = 0,0003$). Manifiestan haber tenido alguna dificultad para obtener cita con médico especialista un 30,1% ($p < 0,0001$). El 89,4% considera adecuada o satisfactoria la atención al solicitar cita ($p < 0,002$). En el caso de la Pediatría, un 43,8% acudió más de 6 veces en el último año (n.s.). En cuanto a los indicadores de accesibilidad también se aprecian mejoras significativas: 73,4% esperan en cola menos de 15 mn ($p < 0,0001$), 68,4% realizan menos de 5 intentos para conseguir cita ($p < 0,0001$). El 24,2% espera en la sala para entra en consulta más de 30 mn ($p < 0,0001$). Manifiestan alguna pega para obtener cita con especialista un 23,4% ($p < 0,0001$) y dicen que el trato ha sido correcto o satisfactorio un 88,2% ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Las medidas puestas en marcha para tener información sobre cómo valoran los pacientes la accesibilidad a los centros de Atención Primaria ofrecen información relevante para la gestión y permiten desplegar acciones de mejora.

ESTABLECIMIENTO DE GARANTÍAS DE ESPERA MÁXIMA PARA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS CON CRITERIOS CLÍNICOS

R. López, I. Rodrigo, C. Gonzalvo y A. Galíndez
Servicio Navarro de Salud.

C-238

Palabras clave: Garantías, listas de espera, exploraciones.

Objetivo: Regulación legal del derecho a una espera máxima para pruebas diagnósticas, basada en criterios de prioridad clínica, que establezca esperas diferentes para cada categoría clínica y que tenga en cuenta la capacidad logística de la organización para hacer efectiva esta garantía a todos los pacientes que lo requieren. Este proyecto ha comenzado con la mamografía.

Método: Para la elección de las exploraciones se han tenido en cuenta las incluidas en el RD 605/2003. Para cada exploración seleccionada las fases son: agrupación de motivos de solicitud según la prioridad clínica, encuesta a facultativos de los servicios clínicos de la red de hospitales (que solicitan o realizan la exploración) para obtener el tiempo de espera aceptable para cada una de las categorías clínicas, análisis de la capacidad de la organización para cumplir las esperas propuestas, y acciones encaminadas a garantizar los tiempos de espera.

Resultados: Para la mamografía, las categorías resultantes son: sospecha fundada de cáncer (SFC), sospecha de otras patologías (SOP), y control para detección asintomática fuera del programa de cribaje de cáncer de mama (CACM). Se ha obtenido respuesta de la totalidad de los servicios clínicos diana (8 en nuestra Comunidad) llegando a un consenso en cuanto a los tiempos de garantía que se deben establecer: 8 días para SFC y 4 semanas para SOP. Los clínicos manifiestan que no se debería garantizar un tiempo máximo de demora para la CACM puesto que hay un programa de detección precoz de cáncer de mama; no obstante, consideran que estas mamografías se deberían realizar, si fuera posible, entre los 3 y 6 meses. A partir de estos resultados, la espera máxima para SFC debería ser de 8 días, de 1 mes para SOP y no garantía de demora máxima para CACM. Para analizar la capacidad logística y los motivos de la petición de las mamografías se han revisado 341 solicitudes (mayo 2005), de las cuales 77% serían candidatas a un sistema de garantías. La principal acción implantada para garantizar los tiempos de espera ha sido la habilitación de unos huecos de citación específicos para mamografías con SFC en un circuito de derivación ágil. Para garantizar la espera para SOP se está realizando un análisis de flujos, cargas de trabajo, tiempos de ciclo que nos permitirán mejorar la agilidad de la atención y cumplir las garantías establecidas. El último paso de este proceso será la aprobación de una normativa legal de garantías y su publicación en el boletín oficial.

ENCUESTA DE TIEMPOS DE ESPERA Y DE ATENCIÓN EN CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SESCAM

J.M. Tejero, J. Fernández, C. Rodríguez, M.T. Marín, J.M. Bleda y R. Gutiérrez

Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) Servicios Centrales.

C-239

Palabras clave: Accesibilidad, tiempo de espera, tiempo de atención.

El tiempo de espera para acceder a la consulta es un indicador de la accesibilidad del sistema sanitario. Por otro lado, el tiempo en consulta se ha considerado indicador de la calidad asistencial prestada. El SESCAM viene realizando desde 2002 una encuesta, con periodicidad semestral, para medir ambos indicadores.

Objetivos: Obtener semestralmente los indicadores "tiempo de espera para entrar en consulta" y el de "tiempo de atención". Establecer objetivos de accesibilidad en los contratos de gestión entre el SESCAM y las Gerencias de Atención Primaria, y medir el impacto de las acciones de mejora emprendidas.

Método: Observación directa de los tiempos de espera y atención en una muestra representativa de consultas con cita previa de medicina de familia y pediatría, en zonas rurales y urbanas, con datos comparados por gerencias, zona geográfica, y tipo de consulta. También se comparan los resultados con la opinión de los usuarios sobre ambos aspectos, medida a través de la encuesta de satisfacción que realiza el SESCAM anualmente mediante entrevistas telefónicas.

Resultados: La media de tiempo de espera ha ido aumentando progresivamente. En 2002, fue de 10 minutos, en 2003, de 10,95 minutos, y en 2004, de 13,04 min. Por su parte, el tiempo de atención ha variado poco (6,46 minutos de media en 2002, 6,95 en 2003, y 6,59 en 2004).

Conclusiones: La encuesta se ha mostrado como una herramienta adecuada para establecer objetivos de mejora relacionados con la accesibilidad y la calidad asistencial. Es necesario adoptar medidas para: aumentar los medios de algunas consultas (especialmente en zonas rurales) y mejorar el Programa de Cita Previa. También se propone incluir en los Contratos de Gestión un indicador sobre "tiempo de atención".

PROYECTO DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA COMPARTIDA ENTRE ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

B. Cuevas, C. Prades, C. Díaz, A. Grau, C. Estrada y E. Pérez
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

C-240

Palabras clave: Hospitalización domiciliaria, compartida.

Introducción: La hospitalización domiciliaria (HD) es una alternativa asistencial que proporciona al paciente curas médicas y de enfermería propias del hospital en su domicilio.

Objetivos: Implantar el proyecto de la hospitalización a domicilio en el ámbito territorial de la Región Sanitaria Terres de l'Ebre con una gestión compartida AP y AH consiguiendo proporcionar una asistencia en el mejor sitio terapéutico con profesionales expertos. Mejorar la utilización de recursos sanitarios, disminuir la ocupación de camas por PMC y así disponer de más oferta de camas. Mejorar el continuo asistencial, favorecer la comunicación y la colaboración entre niveles, y aumentar la eficacia.

Metodología: Se crea un equipo multidisciplinario compuesto por personal del Hospital y Atención Primaria incorporando la rotación del personal de enfermería por el servicio de Urgencias. *Esquema de funcionamiento:* 1. Selección del enfermo de procedencia; 2. Identificación candidato UHD; 3. Hoja informativa / valoración personal; 4. Consentimiento informado; 5. Hospitalización a domicilio; 6. Alta hospitalaria: control C. Externa, seguimiento en AP. La implantación se realiza en una Región Sanitaria con extensión de 2.436,5 Km y una población de 135.000 habitantes. Se establecen unos criterios de inclusión / exclusión. Cartera de servicios: se seleccionan 5 GRD de patologías médicas y 2 GRD de patologías quirúrgicas.

Resultados: 862 + 180 = 1.042, (se desestima un 30% de cada grupo) Población diana = 730 pacientes GRD médicos: 604, EM = 7,54 y Estancia = 4.554 GRD quirúrgicos: 126, EM = 11,58 y Estancia = 1.459 4.554/ 7,54 = 604 pacientes atendidos en el domicilio. 370/11,58 = 126 pacientes atendidos en el domicilio. El total de estancias de los dos grupos de GRD es: 6.013 6.013/ 365 = 16 camas de las cuales dispondría el hospital cada día.

Conclusiones: Aprovechamiento de recursos compartidos entre AP y AH. (gestión territorial). Incorporación de un servicio no existente para la población con una atención hospitalaria en el domicilio que le proporciona mejor calidad de vida, mayor intimidad y evita la hospitalización. Optimización de la utilización de recursos cama, con una rotación más alta de enfermos y contención del gasto.

MESA 31**Gestión de riesgos (I)****CULTIVOS AMBIENTALES EN ÁREAS DE RIESGO COMO CONTROL DE CALIDAD**

E. Vidal, P. Barrufet, G. Sauca, N. Montserrat y M. Soriano
Hospital de Mataró.

C-241

Palabras clave: Controles ambientales.

Objetivo: Mantener un nivel de bioseguridad ambiental en las zonas de riesgo del hospital mediante unos controles microbiológicos que deben situarse dentro de unos valores estándares previamente definidos.

Material y método: Los controles ambientales microbiológicos (CAM) fueron recogidos trimestralmente a lo largo del año 2004 a través de un mostreador de aire (MAS-100 Eco), en el que se aspiró un volumen de 1000 litros de aire a través de un cabezal perforado, provocando el impacto directo de las partículas en la superficie de una placa de Agar. Las zonas de riesgo definidas por el Hospital fueron: Unidad de cuidados intensivos (UCI): 14 boxes; Área quirúrgica: 7 quirófanos de clase B y 1 de clase A y 1 almacén de esterilización; Área obstétrica: 2 Salas de partos y 1 quirófano de clase B y la cabina de preparación de las nutriciones parenterales.

Resultados: A lo largo del 2004 se realizaron un total de 108 controles en las diferentes zonas de riesgo, (27 por trimestre). El 62% fueron correctos, el 27% aceptables y el 11% incorrectos. Los resultados en cada una de las áreas controladas fueron los siguientes: UCI: controles correctos 57%, aceptables 34%, incorrectos 9% quirófano: controles correctos 78%, aceptables 19%, incorrectos 3%. Sala de partos: controles correctos 58%, aceptables 25%, incorrectos 27%. Cabina de preparación de las nutriciones parenterales: controles correctos 50%, incorrectos 50%. Almacén de esterilización: controles correctos 25%, aceptables 25%, incorrectos 50%. Cuando un control resultó incorrecto, se realizó una intervención que consistió en la limpieza y desinfección a fondo del suelo, paredes y de las superficies horizontales del área de riesgo y nuevo control a las 48 horas. En la Sala de partos, los controles incorrectos coincidieron con problemas organizativos del personal de limpieza del Hospital y en el almacén de esterilización con la realización de obras en una zona cercana, a pesar de que se había efectuado una sectorización y cambios en los circuitos de desplazamiento del personal. Para el resto de los CAM incorrectos no se pudo determinar la causa de la incorrección.

Conclusiones: Nuestros resultados ponen de manifiesto que si bien no se ha podido establecer la relación entre la concentración microbiológica del aire y la incidencia de infección nosocomial, los CAM son útiles para valorar la adecuación de la limpieza de las zonas de riesgo y pueden ayudar a detectar situaciones transitorias que la alteren.

ERRORES DE MEDICACIÓN DETECTADOS MEDIANTE UN SISTEMA DE RIESGO CLÍNICO EN EL HOSPITAL MONTE NARANCO

M.D. Menéndez-Fraga, Y. González-Fernández, A. Caño-Montiel, M. Espín-Fernández, S. Ramos-Ordóñez y F. Vázquez-Valdés
Hospital Monte Naranco.

C-243

Palabras clave: Gestión del riesgo clínico.

Objetivos: La gestión del riesgo clínico es una estrategia de calidad para la mejora y prevención de los sucesos adversos/ potenciales como los errores de medicación en los hospitales. Nuestro objetivo fue evaluar los errores de medicación mediante la gestión del riesgo clínico en nuestro hospital durante el año 2004.

Metodología: Se utilizó el sistema de gestión del riesgo clínico del Servicio Nacional Inglés de Salud que cuantifica el riesgo mediante un sistema de códigos (verde, amarillo y rojo) en función de la severidad. Se establecieron los distintos grupos de errores de medicación en: Prescripción, Dispensación, Trascripción y Administración.

Resultados: Los errores de medicación supusieron el 37,6% (8,1% fueron sucesos potenciales) de los formularios cubiertos, lo que representó el 8,5% de los pacientes ingresados. El 56% fueron problemas de administración, 27,5% de dispensación, 9,9% de prescripción y 6,6% de trascripción. Hubo un 12,1% de sucesos con código rojo. La proporción de sucesos severos/ incidentes fue del 13,8%. Por grupos de medicamentos el índice global de error de medicación (IGEM x 10000) fue para los más frecuentes: 14,7 para antihipertensivos e IECAS, 11,3 para antibióticos y 9,5 para antidepresivos e hipnóticos. Se analizaron los factores contribuyentes, las causas- raíz y las opciones de mejora de los mismos.

Conclusiones: 1) La investigación de errores de medicación a través del formulario de gestión de riesgo clínico es un sistema que permite evaluar y clasificar estos incidentes, 2) También permite medir y mejorar la seguridad de la medicación, 3) Mediante una cultura no punitiva pone de manifiesto diferentes oportunidades de mejora del circuito de medicación que se están implantando en nuestro hospital.

COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE DETECCIÓN DE CAÍDAS DE PACIENTES: ESTUDIO PROSPECTIVO VERSUS SISTEMA DE GESTIÓN DEL RIESGO

T. García-Beovides, M. Alonso-Álvarez, M.D. Menéndez-Fraga, A.I. Fernández-Ramos, I. Rancaño-Rodríguez y F. Vázquez-Valdés
Hospital Monte Naranco.

C-244

Palabras clave: Errores de medicación, Gestión del riesgo clínico.

Objetivo: Evaluar y comparar dos sistemas de detección de caídas en una unidad de Agudos Geriátricos del Hospital Monte Naranco durante el año 2004.

Métodos: Sistema prospectivo de todas las caídas recogidas en la unidad y que incluía datos demográficos, índice de Barthel medio, estado confusional y deterioro cognitivo, lugar y hora de caída, cuidados prestados, medidas de seguridad previos y tipo de medicación. Sistema de Gestión del Riesgo Clínico del Servicio Nacional Inglés de Salud que cuantifica el riesgo mediante un sistema de códigos (verde, amarillo y rojo) y que define el riesgo como el producto del impacto real del incidente por la probabilidad de recurrencias con un formulario de recogida de datos.

Resultados: Se produjeron 71 caídas en los 1165 pacientes ingresados desde febrero a diciembre de 2004 (334 días). Se obtuvieron los siguientes indicadores: índice general de caídas (número de caídas/ número de pacientes ingresados) = 0,06; índice general de caídas por 1000 pacientes/ día = 0,2; nivel de caídas (número de caídas / camas día de cuidados por 1000 camas día de cuidados) = 5,2; nivel de daño (número de daños/ número de caídas por 100) = sin daño (63,4%), menor (32,4%) y mayor (4,2%). El lugar más frecuente de caída fue la cama (50,7%) y la hora más frecuente durante el turno de noche (54,9%). La sensibilidad del sistema de gestión de riesgo clínico, detección de 41 caídas, frente al patrón oro del sistema prospectivo fue del 76%.

Conclusiones: 1) La implantación de sistemas de detección de sucesos adversos/potenciales requiere además la medición de los mismos para establecer la sensibilidad de los mismos, 2) El uso de distintos indicadores de caídas permite usarlos para comparar con otras unidades y/o centros, 3) Es necesario establecer las causas raíz de las caídas para establecer oportunidades de mejora que se están implantando en el hospital (incorporación de camas nuevas, sistemas de sujeción, etc.).

DESARROLLO DEL PLAN GENERAL DE GESTIÓN DE RIESGOS DEL HOSPITAL DE LA FUENFRÍA

M.P. González, M. Galindo, E. Rodríguez, P. López-Dóriga, R. Velasco y L. Pascual
Hospital Fuenfría. Cercedilla. Madrid.

C-245

Palabras clave: Plan Gestión Riesgos.

Objetivo: El interés por la mejora en la Calidad de los procesos relativos a la seguridad llevó al Hospital La Fuenfría en los dos últimos años a la elaboración del plan general de gestión de riesgos. Sus objetivos principales fueron: a) Analizar el mapa de procesos desarrollados en el centro seleccionando aquellos relativos a la prevención de riesgos. b) Proceder a la revisión de aquellos más importantes para el centro bajo un liderazgo adecuado que implicara a todos los profesionales. c) Implantar formalmente cada proceso una vez redefinido.

Método: La elaboración del Plan se organizó en varias etapas: 1. Establecimiento de grupos de trabajo multidisciplinares que colaboran activamente en las fases de análisis, planificación, implantación y control. 2. Asesoramiento profesional de empresas, entidades o asociaciones expertas en la materia, en los casos necesarios (Servicio de Prevención, Bomberos, etc). 3. Edición de los programas de cada proceso y difusión mediante Sesiones Generales y publicación de Guías por los profesionales colaboradores. 4. Implantación con la implicación directa de los profesionales o la contratación de empresas especializadas cuando así lo requieren las medidas a tomar. 5. Valoración de encuestas recibidas posteriores a las medidas adoptadas.

Resultados: Se rediseñaron e implantaron programas relativos a: 1. Seguridad biológica (protocolos de enfermería, sistemática de recogida de residuos, funcionamiento y control microbiológico en la unidad de tuberculosis, laboratorio, etc). 2. Seguridad clínica (protocolo de resucitación cardiopulmonar, plan de informatización de prescripciones). 3. Seguridad física (sistemas de vigilancia, Plan de autoprotección contra incendios, Plan de Prevención de Posibles Situaciones Conflictivas con los usuarios, etc). 4. Prevención de Riesgos en el Trabajo (elaboración del informe de evaluación de riesgos de cada puesto de trabajo y de la planificación de acciones preventivas).

Conclusiones: La participación activa de grupos multidisciplinares en el diseño de programas de actuación ha permitido la implantación de numerosas mejoras en calidad, ha favorecido acercar y hacer partícipes de los objetivos del Hospital a los clientes internos y ha resultado un instrumento inapreciable para fomentar la cultura en calidad de todo el personal facilitando el camino emprendido hacia la Calidad Total.

LAS FUGAS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE PSICOSIS REFRACTARIA: DE PROBLEMA A OPORTUNIDAD DE MEJORA

B. Lizalde, I. Alonso, A. Ortiz-de-Zárate, N. Grivé, A. González y F. Murua
Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

C-246

Palabras clave: Fugas, Prevención, Medidas Correctoras.

Introducción: Las fugas de pacientes psiquiátricos, que suponen un fallo importante en el cumplimiento de las medidas preventivas y de seguridad de la Unidad de Hospitalización, constituyen un indicador de calidad dentro del grupo de indicadores de seguridad y conflictividad incluidos en el Cuadro de Mando Integral de nuestro centro.

Objetivos: 1. Registrar las fugas y analizar las causas por las que se producen. 2. Implantar medidas correctoras para que no vuelvan a producirse, ya que el objetivo es 0 fugas.

Metodología: Se trata de pacientes en su mayor parte sicóticos refractarios al tratamiento convencional, adultos jóvenes, predominantemente varones, solteros, con nivel educativo medio alto, siempre con ingreso involuntario, en paro laboral, consumidor de tóxicos y con incumplimiento terapéutico reiterado y conductas disruptivas. Existe una hoja de registro de fugas e incumplimientos horarios, con seguimiento hasta el alta del paciente de todas las incidencias que le afectan.

Resultados: 1. Se han fugado un total de 5 pacientes distintos, 7 veces en total, de un total de 38 pacientes ingresados distintos, lo que representa un porcentaje del 13% y 1,40 fugas por paciente. 2. Las 7 fugas han sido por 2 causas: Problemas arquitectónicos y fallos en el funcionamiento del equipo asistencial. 3. De las 7, un total de 6 se han producido desde el frontón de pelota multiusos, y se han implantado medidas correctoras en los pacientes con riesgo alto de fuga, con relación a la ropa que deben llevar, incrementar el personal responsable a su cuidado, no dejando la manilla de apertura cerca, y solicitud de una reforma estructural de dicho frontón. 4. La otra fuga fue por desconocimiento del nuevo personal que hace sustituciones de las normas de seguridad de la Unidad. 5. A todos los pacientes fugados, en algún momento de su estancia se les aplicó el protocolo de aislamiento y a 3 de ellos se les aplicó el protocolo de sujeción mecánica del Hospital. 6. Tras la implantación de las medidas correctoras en los 5 meses de 2005 no se ha producido ninguna fuga.

Conclusiones: Conocer las causas de las fugas nos ha ayudado a evitarlas, ya que excepto 1 que precisa reforma estructural arquitectónica, podían haberse evitado el resto de ellas. Todas las fugas suponen una modificación del plan terapéutico, con retraso de sus posibles permisos de salida. Las medidas correctoras han sido las idóneas, ya que no ha producido ninguna tras la implantación de dichas medidas.

**PREVENCIÓN DE ACCIDENTES BIOLÓGICOS TRAS LA
IMPLANTACIÓN DE MATERIAL DE SEGURIDAD**

M. Castellà, J. Rebull, T. Catalán, B. Cuevas, D. Gas y A. Grau
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.

C-247

Palabras clave: Accidente biológico, material de bioseguridad.
Objetivos: Evaluar la efectividad en cuanto disminución de accidentes por bioinoculación, tras la implantación de material de bioseguridad.

Métodos: Estudio antes-después de intervención no aleatorizado. Período 2001-2002 sin material de bioseguridad, 2003-2004 implantación de dicho material. Se analizaron los accidentes biológicos percutáneos notificados de forma voluntaria por parte del trabajador accidentado al servicio de Prevención de un Hospital de nivel 2 b, con 238 camas polivalentes y una plantilla de 750 trabajadores. La variable de intervención fue el material de bioseguridad (catéter intravenoso vía periférica, válvula sin aguja de administración intravenosa y lanceta de punción transdérmica).

Resultados: En el período 2001-2002, se registraron 89 accidentes por punción percutánea Incidencia Acumulada Anual (IAA) de 2,96%, período 2003-2004, se registraron 39 accidentes para la misma categoría IAA 1,3%. ($\chi^2 = 19,594$; $P < 0,0001$) Odds Ratio = 2,363 (I.C. 1,61-3,46). No se ha notificado ningún accidente en el que esté implicado el material de bioseguridad. Los accidentes registrados durante el período en el que se implantó el material de bioseguridad se produjeron al no utilizar en ese momento dicho material.

Conclusiones: El material de bioseguridad ha demostrado ser efectivo para la disminución en la notificación de accidentes por punción percutánea. La introducción de este material ha supuesto una disminución en el riesgo de punción por bioinoculación que oscila entre un 50% y el 250%. Demostrando ser una buena opción para la prevención primaria de los accidentes por contacto biológico.

**REFORZANDO CRITERIOS DEL MODELO EFQM MEDIANTE UN
SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS LABORALES**

M. Domínguez, F. Rico, A. Goikouria, I. Gallego, S. Castelo
y H. Gómez
Hospital de Galdakao.

C-248

Palabras clave: Riesgos, Prevención, SOBANE.

Objetivos: Promover una mayor implicación de los trabajadores en materia de prevención.

Métodos: Enmarcado en el Modelo EFQM, un Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales es una herramienta que conlleva la motivación y formación de los trabajadores en consonancia con los criterios de personas (3) y resultados en persona (7). La política en materia de prevención tiene por objeto la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo, para ello se desarrollan una serie de técnicas, divididas en dos grupos en función de su utilización antes o después de la materialización de un riesgo: técnicas activas (evaluación de riesgos, visitas de seguridad y comunicaciones de riesgo) y técnicas reactivas (investigación de accidentes y análisis estadístico de la siniestralidad). Nos centramos en los comunicados de riesgo, ya que estos conllevan una mayor implicación de los trabajadores. Durante su revisión se observó que un alto porcentaje eran quejas, sugerencias o partes de mantenimiento, una de las razones por la que se encontraban sin tratar. A raíz de esta revisión se abrieron dos líneas de acción vinculadas: (1) Cerrar en la medida de lo posible los comunicados de riesgos, derivando los que no lo son al departamento correspondiente y (2) Revisar el procedimiento de comunicados de riesgos.

Resultados: De un total de 149 comunicados de riesgos registrados, se cerraron 97, de los cuales 27 eran partes de mantenimiento y 34 quejas o sugerencias. Se reelaboró el procedimiento haciendo mayor hincapié en la implicación y asunción de responsabilidades de los trabajadores, de modo que se tomasen medidas preventivas con una lógica estructurada, participativa y progresiva, tomando como referencia los principios establecidos en la estrategia SOBANE (Screening, Análisis, Observación, Experto): Despistar los riesgos (screening) Observar el medio y mediante observaciones cualitativas obtener respuestas rápidas y eficaces Analizar, si no se ha resuelto con anterioridad, con la ayuda de preventoristas. Recurrir a un experto para medidas especializadas y soluciones muy concretas.

Conclusiones: La revisión de los comunicados de riesgos nos sirvió de indicador para comprobar la eficacia del procedimiento existente, nos llevó a la búsqueda de nuevas estrategias que hicieran participes a los trabajadores (estrategia SOBANE) así, los trabajadores, conocedores de sus condiciones de trabajo, son capaces a través de observaciones sencillas, de reconocer las situaciones de riesgo y aportar las primeras medidas inmediatas.

MESA 32

Gestión del cambio (I)

**DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: LA CALIDAD COMO MOTOR
EN LA GESTIÓN**

A. Rodríguez
Gerencia A7 Atención Primaria.

C-249

Palabras clave: Gestión, calidad, planificación.

Objetivos: Impulsar el cambio en una Gerencia de Atención Primaria mediante la utilización de herramientas de mejora y gestión de la calidad.

Método: Mediante el apoyo de un facilitador interno, en sesiones de trabajo la Comisión Directiva del Área ha aplicado el Modelo de Burke- Litwin como herramienta de análisis inicial, con agrupación posterior de las áreas detectadas mediante diagrama de afinidad y valoración mediante consenso para su aplicación en un DAFO, planteando estrategias en función de las perspectivas del cuadro de mando integral y el mapa estratégico consecuente. Posteriormente se han establecido los objetivos del área, generando un despliegue tipo Hoshin, y una modificación del sistema de información.

Resultados: Implicación de toda la Comisión Directiva del Área en el análisis de la situación, propuesta de estrategias y despliegue de objetivos, identificando 37 objetivos estratégicos de abordaje plurianual, con priorización inicial de 21 de ellos. El modo de aplicar la metodología ha resultado la utilidad práctica de herramientas habitualmente delegadas en niveles técnicos, consiguiendo aplicación de las mismas por parte de los directivos. El método de despliegue liderado por la Dirección está impulsado el incremento de la comunicación, el aumento de la implicación, el abordaje de importantes áreas de mejora y genera un trabajo "en red" que manteniendo el organigrama vigente facilita un "aplanamiento" funcional del mismo, habitualmente relacionado con el "empowerment" y el crecimiento tanto de las personas como de la organización. La orientación hacia el seguimiento y la consecución de resultados está potenciando el cambio del sistema de información del área.

Conclusiones: La utilización de técnicas y herramientas relacionadas con la mejora y gestión de la calidad están habitualmente conceptualizadas como propias de un nivel técnico o consultor, y de modo menos frecuente forman parte del arsenal práctico de los directivos a la hora de abordar la gestión. Uno de los elementos que puede contribuir a ello es la percepción de necesitar gran cantidad de tiempo para conocer bien su uso y para su aplicación. Mediante un facilitador interno, con conocimiento práctico de las herramientas, la Comisión Directiva del Área ha podido utilizar en el tiempo previsto y de modo práctico estas herramientas, generando un mayor nivel de comunicación y un incremento de implicación, además de un impulso de abordaje de las áreas de mejora detectadas que se han vinculado a objetivos de área y de las diversas unidades.

Palabras clave: Procesos, demanda, gestión.

Objetivos: La evolución experimentada por el Sistema Sanitario en los últimos años exige que los servicios de apoyo a los procesos asistenciales modifiquen sus esquemas de funcionamiento y se integren en las líneas de trabajo que vienen desarrollando las distintas organizaciones sanitarias de nuestro país. El proyecto Axón pretende, además de alcanzar este objetivo, aportar valor añadido a cada uno de los servicios que presta a sus distintos clientes.

Método: El instrumento sobre el que se basan las estrategias para la consecución de los objetivos planteados, es el diseño e implantación de un Centro de Atención y Gestión de la Demanda (CAGD) que se ajuste a un perfil establecido por las necesidades de nuestros clientes. Para esto, se ha seguido la siguiente metodología de trabajo: Entrevista semiestructuradas a informantes claves (clientes intermedios A.P.; clientes intermedios S.A.U.; clientes intermedios gestores; clientes intermedios asistenciales y experta en expectativas. Planificación estratégica del CAGD: análisis DAFO, Misión, Valores, Objetivos Estratégicos y Cartera de servicios. Procesos claves del CAGD: identificación y elaboración del catálogo de procesos, matrices de procesos, modelado de procesos, elaboración de las fichas de procesos, elaboración de la matriz de indicadores, elaboración del mapa de procesos. Organización y definición de puestos de trabajo del CAGD: requisitos y criterios de organización, actividades principales y profesionales que la desarrollarán, perfiles profesionales de los diferentes puestos de trabajo. Aspectos tecnológicos del CAGD: identificación de las herramientas de telefonía, informática y comunicaciones, desarrollo e implantación del modelo de datos y los sistemas de acceso a la información, diseño de la arquitectura técnica, infraestructura y soporte.

Resultados: la planificación y el método han permitido la revisión de la organización, cartera de servicios, procesos y sistemas de evaluación de las empresas del grupo FRADIR Inversiones, S.L., obteniéndose como resultado tangible una forma totalmente distinta de conceptualizar, planificar, prestar y evaluar los servicios prestados a nuestros clientes.

Conclusiones: a la espera de obtener los resultados de la evaluación de nuestros clientes finales e intermedios, el Proyecto Axón ha orientado la actividad de las empresas del grupo al procesos asistencial del paciente y a las diferentes necesidades que nuestros distintos clientes nos van expresando sistemáticamente.

C-250

¿QUÉ INDICADORES UTILIZAMOS PARA EVALUAR LOS CRITERIOS DE RESULTADOS EN EL MODELO EFQM?

P. Ruiz, S. Lorenzo, V. Ureña y M. Vinuesa

Fundación Hospital Alcorcón.

Palabras clave: Autoevaluación, Modelo Excelencia EFQM, Gestión de la calidad.

Objetivo: Identificar los indicadores de los criterios de Resultados del modelo EFQM de Excelencia en centros hospitalarios de agudos para facilitar la evaluación y buscar una homogeneidad en la medición de cada subcriterio que permita la comparación entre Centros.

Material y método: 4 Coordinadores de Calidad de Madrid, evaluadores del modelo de Excelencia de la EFQM, analizaron de forma independiente: los criterios de resultados de las memorias de la evaluación externa publicadas por los Hospitales de Bidasoa y Zumárraga en 2003, la adaptación del modelo EFQM para el sector sanitario y la documentación de las autoevaluaciones realizadas en 2003 en los hospitales: Fundación Hospital Alcorcón, 12 de Octubre, Móstoles y Ramón y Cajal de Madrid. A continuación se ponderaron los indicadores seleccionados inicialmente, atendiendo a criterios de relevancia, disponibilidad y comparabilidad. Se desarrollaron sucesivas reuniones hasta consensuar los indicadores de cada uno de los criterios.

Resultados: Se celebraron 4 reuniones de consenso. El número de indicadores incluidos y la distribución de los mismos fue la siguiente: Criterio 6 (C6). 6a: 5 (cuestionarios a pacientes y otras técnicas cualitativas); 6b: 13 (reclamaciones, demoras, demandas, suspensiones, etc). C7. 7a: 11 (clima laboral, percepción de grupos representativos de profesionales, satisfacción con las actividades de formación, etc.). 7b: 23 (absentismo, promociones, traslados, participación en grupos, permisos, etc.). C8. 8a: 1 (percepción de corporaciones locales, de asociaciones de pacientes y de vecinos, de la policía, de los medios de comunicación, etc). 8b: 27 (actividad científica, actividades divulgativas, formación externa, intervenciones sociales, preservación del medio ambiente, etc.). C9. 9a: 23 (desviación presupuestaria, coste GRDs, complejidad, mortalidad, demoras, etc). 9b: 28 (complicaciones clínicas, inversiones, índices de rendimiento, estancias evitables, actividad de hospitales de día y consultas de alta resolución, presión urgencias, etc).

Conclusiones: Se obtuvo un total de 131 indicadores que incluyen las áreas más representativas de cada uno de los subcriterios en las 6 memorias. Se depuró la selección de los indicadores con criterios de factibilidad en la obtención, efectividad en la medición y adecuación al contexto de gestión actual. Consideramos que esta propuesta puede facilitar la autoevaluación de los criterios.

C-252

Palabras clave: Calidad, Herramienta gestión.

Objetivos: Los objetivos que se persiguieron al diseñar el Sistema de la Calidad en el Grupo Fradir atienden a criterios de Gestión, entendiendo un Sistema de Gestión de la Calidad como una excelente herramienta para gestionar los recursos de la empresa, dotándola de una metodología de trabajo común a todas las empresas del grupo, dejando hueco para las particularidades de cada una, pero con un enfoque global, tal y como apunta nuestra política de la Calidad de Asegurar la satisfacción de los clientes, de los empleados y la eficiencia económica.

Métodos: Para ello, se diseñó una metodología basada en la gestión por procesos. Se realizaron talleres de trabajo en los que participaron tanto personal de la Dirección, responsables de los servicios y empleados de otras áreas, con el objetivo de consensuar los Procesos estratégicos, los Procesos clave y los Procesos de apoyo.

Resultados: Los métodos utilizados permitieron elaborar el Sistema de la Calidad del grupo, generando la documentación de soporte del sistema, formada por los Manuales de la Calidad y Procedimientos Generales, documentos comunes y aplicables a todas las empresas del grupo por igual. Los Protocolos de Actuación, documentos que definen de forma detallada y precisa aquellos procesos que deben ser comunes a todas las empresas del grupo por tratarse de decisiones estratégicas. Los Manuales de Procedimientos Específicos y las Instrucciones Técnicas específicas, documentos que definen y detallan aquellos procedimientos que debido a las variantes sobre la actividad común de Transporte Sanitario, producidas por la tipología de prestación del servicio, las características de la zona u otra circunstancia especial, hacen que pueda variar la sistemática de trabajo de una empresa a otra dentro del grupo. Se creó un Comité de Calidad rotativo, en el que además de los responsables de la Central del grupo, participan rotativamente otros empleados a los efectos de aportar valor añadido al sistema, fomentando la comunicación bidireccional dentro de la empresa.

Conclusiones: La conclusión más importante es la de haber conseguido implantar un Sistema de la Calidad eficaz y eficiente con la participación del personal de la empresa, sin rechazo al cambio, y que ha entendido la calidad como una forma de trabajar, "la única forma de trabajar", integrándose la Calidad como parte inseparable de su día a día. Se ha entendido el proceso de Mejora continua como un reto personal al que todos los profesionales están vinculados y en el que cada grano de arena tiene su valor.

C-251

DE UN PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A UN PLAN DE MEJORA: LOS ACTORES NECESARIOS

R. Plá, N. Calcerrada, F.J. Gracia, E. Andrade, J.A. Blasco y C. Alventosa

Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid.

Palabras clave: Protocolo de derivación, Plan de mejora.

Objetivo: La rehabilitación ambulatoria en el área 1 de la Comunidad de Madrid presenta una elevada demanda y complejidad ya que la atención se presta por unidades dependientes de tres gerencias (H. Gregorio Marañón, H. Virgen de la Torre y Atención Primaria). La necesidad percibida por los directivos de las tres gerencias implicadas es que era necesario un protocolo de derivaciones entre ellos. A partir de esta necesidad organizativa se planteó incorporar otros agentes al proceso y desarrollar un plan de mejora.

Métodos: Diseñó y lideró el proyecto un grupo con representación de las tres gerencias, la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo (UETS) y la Subdirección de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad (SPS). A partir de la información de rutina se realizó un análisis del marco organizativo y los recursos estructurales y humanos dedicados al proceso de atención de rehabilitación ambulatoria, que se completó con la realización de un trabajo de campo que permitió objetivar el perfil de los pacientes y del proceso asistencial. La información aportada en cada paso fue contrastada con un grupo de directivos y con otro de clínicos (rehabilitadores, médicos de familia y fisioterapeutas de los distintos dispositivos del área), de forma paralela y con información cruzada entre ellos.

Resultados: El plan de mejora incluye: La Implantación de un Conjunto Mínimo Básico de Datos y un sistema de clasificación de patologías común. La definición de la cartera de servicios para cada dispositivo y las circunstancias de derivación. El rediseño de los flujos asistenciales e indicadores de evaluación.

Conclusiones: La inclusión de nuevos actores en el desarrollo del proyecto permitió ampliar el enfoque y alcance del mismo. El trabajo cruzado permitió hablar un lenguaje común y aceptado por todos, aunque la metodología fue más laboriosa. El grupo de clínicos tuvo especial impacto en el diseño de la clasificación de patologías, mientras que el grupo de directivos incidió especialmente en los flujos asistenciales. El papel de una unidad independiente como la UETS que realizó el análisis de la información y el liderazgo de los grupos clínicos, y de la Subdirección de Planificación Sanitaria que aportaba el refrendo institucional al proyecto, dotaron al proceso de trabajo de solidez y confianza.

(*) Proyecto financiado con cargo al Plan Especial de Inversiones en Vallecas Puente y Villa (Plan Vallecas).

C-253

EXPERIENCIA DE AUTOEVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

M.V. Fustero, M. Bárcena, I. Roig, D. Casbas, A. Oto y D. Sarasa
C.S. Cariñena (Zaragoza).

C-254

Palabras clave: Calidad, EFQM, Atención Primaria.

Objetivos: Valorar la aplicabilidad del Modelo EFQM, como herramienta para la mejora de la Calidad en un centro de salud rural, detectar puntos fuertes y áreas de mejora para impulsar el Plan Integral de Calidad establecido en nuestro centro desde el año 2000 y aumentar el interés por la excelencia en el EAP.

Métodos: Formación previa de 2 médicos del EAP en el Modelo EFQM de Excelencia y curso de evaluadores del modelo EFQM en 2003; curso de gestión por procesos realizado por 3 médicos; 3 sesiones clínicas de autoformación en el EAP; Curso práctico de autoevaluación según el Modelo EFQM, realizado por 4 médicos y 1 enfermero durante el 1º trimestre de 2004. Autoevaluación realizada por el grupo de garantía de calidad a lo largo de 2004. Sesión clínica de puesta en común con el EAP en diciembre de 2004, se distribuyeron los resultados de la autoevaluación y planilla decisional de criterios múltiples para priorización en un plazo de 15 días. El grupo de garantía de calidad recogió y procesó las respuestas incluyendo las acciones de mejora priorizadas en el Plan de Calidad de 2005.

Resultados: Se detectaron 96 puntos fuertes y 89 áreas de mejora. Se presentaron al EAP los puntos fuertes y las áreas de mejora detectados en la autoevaluación para su priorización. Se priorizaron 26 áreas de mejora. Se han propuesto acciones de mejora para 7 de las áreas priorizadas que han sido incluidas en el Plan integral de Calidad de 2005, presentado para su aprobación al Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud.

Conclusiones: El proceso de autoevaluación nos ha resultado complejo, ha requerido un importante consumo de recursos para la administración (inversión en formación, tiempo de trabajo del personal) y un gran esfuerzo de las personas que han realizado voluntariamente la autoevaluación tanto en horario asistencial como fuera del horario laboral. Nos ha ayudado a interiorizar la cultura en el Modelo EFQM, ha sido un buen ejercicio de auto-crítica y de revisión integral de nuestro centro de salud y nos ha llevado a incluir nuevos planes de mejora en nuestro Plan Integral de Calidad para 2005. Creemos que la dificultad del Modelo y el tiempo a invertir en la autoevaluación, lo hacen poco operativo para equipos pequeños, la elaboración de una guía simplificada, como en otras Comunidades Autónomas, facilitaría la autoevaluación y la acometida de acciones de mejora en los equipos de características similares al nuestro.

CICLOS DE MEJORA APLICADOS A LA GESTIÓN DE UN DISTRITO: EXPERIENCIA EN EL DISTRITO RURAL (ÁREA 8 ATENCIÓN PRIMARIA)

M. Hernández, C. Jiménez, E. Salas, J.C. Lucas, J.M. Enguídanos y M.L. Soldado
C. S. Villaviciosa de Odón.

Palabras clave: Ciclo de mejora, Mejora continua, Gestión.

Objetivos: 1. Identificar las situaciones de mejora del Distrito. 2. Priorizar y diferenciar aquellas sobre las que es posible intervenir. 3. Evaluar la realidad actual y ajustar las propuestas de intervención. 4. Iniciar y aprender una dinámica de trabajo que permita la implantación de la mejora continua como forma habitual de trabajo en el Distrito.

Método: Reconstitución de las Reuniones de Distrito, con periodicidad mensual, a las que asiste el Equipo Directivo (Coordinador Médico, Responsable de Enfermería y Jefe de Equipo) de cada Equipo de Atención Primaria del Distrito y la Subdirección Asistencial (Médica y de Enfermería) del mismo. En la primera reunión se realizó una introducción y breve exposición de la metodología de trabajo a seguir. Se realizó una lluvia de ideas para la identificación de situaciones mejorables. Se elaboró una matriz que contenía el listado de problemas y se agruparon en áreas de mejora. En reuniones sucesivas se ha trabajado en la identificación de las posibilidades de intervención sobre cada una de ellas y en la priorización de aquellas sobre las que se podía actuar desde el propio Distrito con resultado a corto plazo. Se realizó la evaluación de la situación de partida y se planificó y realizó la propuesta de intervención.

Resultados: Reuniones de Distrito a las que acude el 100% de los convocados (6 Coordinadores Médicos, 6 Responsables de Enfermería, 3 Jefes de Equipo, Subdirección de Enfermería y Médica). Se identificaron 30 situaciones mejorables. Se agruparon en 8 áreas concretas de mejora (Atención Continuada, formación, gestión de recursos humanos, relación con Atención Especializada, consultas, etc.). Se ha intervenido directamente sobre 15 situaciones (7 ya solucionadas y el resto con resultados intermedios), 8 exceden a las posibilidades de intervención, 5 se han canalizado fuera del Distrito para su resolución y en 2 se continua actualmente el trabajo.

Conclusiones: 1. El trabajo con herramientas de calidad posibilita y facilita la gestión de un distrito. 2. El aprendizaje de esta metodología de trabajo hace posible su aplicación a cualquier ámbito (dentro de cada Equipo de Atención Primaria, consultas, etc.). 3. La participación de los profesionales de todas las categorías es fundamental. 4. Los resultados obtenidos dinamizan, motivan y satisfacen a todos los participantes. 5. Se fomenta el trabajo en equipo.

NORMA ISO 9001:2000, MODELO EFQM Y PROCESO DE RADIOLÓGIA

E. Bello, J.M. Rodríguez, M. Elósegui y B. Iraola
Hospital del Bidasoa.

C-255

Palabras clave: ISO - EFQM – Radiología.

Objetivo: Analizar en qué grado refuerzan los puntos de Norma ISO los criterios EFQM en el proceso asistencial de Radiología.

Métodos: Tomando como punto de partida el hecho de que tanto la Norma ISO 9001-2000 como el Modelo EFQM comparten unos principios que se centran en cinco aspectos clave: cliente, liderazgo, procesos, mejora continua y participación en implicación de las personas lo que implica que en este compartir de criterios, se puede emplear la Norma ISO 9001-2000 para reforzar los diferentes criterios del Modelo EFQM. Esta filosofía viene siendo seguida en nuestro Hospital: los Procesos Estratégicos se gestionan según el Modelo EFQM y los Procesos Operativos asistenciales con la Norma ISO. Se ha analizado la metodología de implantación tanto de la Norma como el Modelo ante el proceso de Radiología. Posteriormente se ha realizado una autoevaluación según el Modelo en el propio Servicio.

Resultados: Se corrobora la transversalidad o lecturas horizontales de los diferentes criterios. Los criterios "agentes" se perciben como más cercanos que los de "resultados". Se detectan áreas de mejoras tales como en las áreas de información/ comunicación fundamentalmente.

Conclusiones: 1. El alcance del liderazgo compartido condicionado por el grado de compromiso de la Dirección es determinante. 2. Los controles básicos del proceso radiológico se centran en la justificación de las exploraciones y en la optimización tanto de los recursos humanos como de los medios diagnósticos (que están regulados por ley) y todas las acciones que hagamos para conseguir dichos objetivos se pueden encuadrar-incluir tanto en los diferentes requisitos de la Norma ISO como en los Criterios del Modelo EFQM.

C-256

MESA 33

Gestión por procesos (V)

GESTIÓN DE LAS QUEJAS Y RECLAMACIONES DE LOS USUARIOS. PROCEDIMIENTOS SEGÚN LA NORMA ESPAÑOLA UNE-ISO 10002

J.M. Mallo-Fernández, J. Ferrández-Santos, J.J. Muñoz-González y A. Rodríguez-Balo
Dirección-Gerencia.

Palabras clave: Norma ISO; reclamación.

La calidad del servicio que presta la Administración legitima a ésta como proveedora del servicio público y, desde esta perspectiva, la función de "escucha al usuario" adquiere una especial relevancia. En 2004 se publica la norma UNE-ISO 10002 que recoge las directrices para el tratamiento de las quejas en las organizaciones. Esta norma pretende que el cliente del servicio se beneficie de la gestión responsable de su reclamación y que la organización pueda enfocarse en las áreas susceptibles de mejoras. La UNE-ISO 10002 puede implantarse aisladamente o como apoyo a otros modelos de gestión de la calidad, como el modelo EFQM adoptado por la Comunidad de Madrid.

Objetivo: Implantar la norma UNE-ISO 10002 en la gestión de las reclamaciones presentadas por los usuarios sobre los servicios prestados en el Área 11 de Atención Primaria de Madrid.

Método: Se identificaron los puntos críticos del circuito previo, para optimizar su prestación desde la perspectiva del ciudadano, el profesional y la Dirección. Para la implantación de la norma UNE-ISO 10002 se aplicó la referencia siguiendo el documento ISO 9000:2000 (sistemas de la calidad. Fundamentos y vocabulario). Para determinar las responsabilidades de los distintos niveles se tuvo en cuenta la normativa aplicable (Orden 605/2003 de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid) y la participación de las unidades implicadas. Se elaboró una base de datos en formato MS-Access® para el seguimiento de las diferentes fases del circuito. La implantación se complementó con la realización de talleres específicos de formación y difusión en la Intranet del Área.

Resultado: El proceso de implantación ha sido breve, 15 días, y ha permitido la determinación de responsabilidades por niveles y la descripción técnica del procedimiento. Además, ha mejorado la acción coordinada entre unidades y homogeneizar la terminología manejada. El control sobre las diferentes etapas de la gestión de quejas y reclamaciones ha permitido agilizar el trámite y reducir los "cuellos de botella".

Conclusión: Consideramos que la implantación del estándar UNE-ISO 10002 es una intervención breve que permite mejorar la gestión de las reclamaciones de los usuarios de la sanidad pública y que presenta la ventaja de poderse realizar de manera independiente del modelo de gestión de la calidad adoptado en la organización.

IMPACTO DEL REDISEÑO DE PROCESOS EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO DE ALTA RESOLUCIÓN

V. Ramos, M. Alemany, D. Castellano, S. Pérez, A. Serrano y P. Ruiz
Hospital Universitario 12 de Octubre.

Palabras clave: Hospital de día oncológico, rediseño de procesos.

Objetivos: La progresiva demanda de tratamientos oncológicos y la dificultad de adaptación a estas necesidades, produjo una serie de problemas graves: esperas prolongadas de los pacientes (2-10 h), reclamaciones numerosas (37/mes), problemas con la documentación clínica, así como movimientos populares denunciando esta situación. Para dar respuesta a estos problemas se planificaron cambios estructurales y de rediseño de procesos. El objetivo de esta comunicación es evaluar el impacto de dichos cambios en la calidad percibida y en la eficiencia de los procesos.

Material y métodos: Estudio prospectivo y retrospectivo. Años 2004-2005. Fecha de implantación de los cambios: Oct- Nov de 2004. **Fases:** 1. Diagnóstico de situación. Recogida y análisis de datos. 2. Reorganización y rediseño de procesos. Diseño de agendas informáticas con categorización de tratamientos, análisis a la cabecera del paciente ("point of care"), reorganización del archivo de documentación clínica, gestión electrónica de pedidos y suministros de farmacia, redistribución de los sillones de tratamiento. Reorganización horaria del proceso: extracción- consulta-tratamiento. 3. Implementación. 4. Medición del impacto. **Instrumentos:** Sistemas de Información, Cuestionarios específicos, medición directa y reclamaciones de pacientes. **Indicadores clave:** Tiempo (T) completo del proceso (consulta a tratamiento-estándar (st): ≤ 135 minutos (') y el nº de reclamaciones/mes/st: < 10).

Resultados: Consultas (media/mes) 2005: 1566. Tratamientos (media/mes) 2005: 1142. Tratamientos el día de la consulta: 99% T completo del proceso. Media (M): 133', mediana (m): 140 T de demora extracción. M: - 2,4, m: 3,5 T de demora consulta. M: 30', m: 22,5 T de demora del tratamiento. M: - 8', m: 35 T desde consulta a tratamiento. M: 82', m: 100. Satisfacción de los pacientes (0-10). M: 8,09, m: 8. Valoración positiva de la nueva organización por los pacientes: 90,01%. Valoración positiva del tratamiento el mismo día que la consulta: 97,8%. Satisfacción de los profesionales. M: 6, m: 7. **Reclamaciones:** antes de cambios: 37/mes, después: 2,5/mes. Entrevistas de la gerencia con asociaciones de pacientes/vecinos: percepción satisfactoria de los resultados.

Conclusiones: Impacto positivo en aspectos de calidad percibida y de eficiencia del proceso asistencial, detectándose áreas de mejora (algunos tiempos intermedios, como cumplimiento del horario de consulta, de suministro de farmacia y utilización sistemática del programa Oncofarm) que se están desarrollando en la actualidad.

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE VÍAS CLÍNICAS EN LOS PROCESOS MÁS FRECUENTES EN UROLOGÍA (RTU DE PRÓSTATA Y VEJIGA)

V. Beltrán, J. Bachiller, J. Alonso, J. Sánchez y A. Juárez
Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Palabras clave: Calidad, Vías clínicas, estandarización.

Objetivo: La planificación y estandarización de la actividad clínica desde la perspectiva de la mejor evidencia científica disponible, tiene un impacto positivo en el uso racional del medicamento, en la calidad de la práctica clínica, en el ahorro de estancias y en la satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

Material y método: En Enero del 2004 se pusieron en marcha las vías clínicas de la RTU de vejiga y próstata. Se valoran diversos indicadores: Cumple lo planificado, temor a la separación del medio, aparición de fiebre, infección, sucesos adversos, ingresos en UCI, medicación no planificada, efectos adversos de la medicación, números de reingresos, estancias ahorradas (impacto).

Resultados: RTU vesical: 79 intervenciones con una edad media de 70 años (36-88). 50 hombres y 29 mujeres. El 90% cumplió con la planificado, el 90% no mostró temor a la separación de medio, el 98% no presentó fiebre, el 2% presentó infección, no se produjeron efectos adversos, en el 8% se le administró medicación no planificada, en el 2% se tuvo que realizar transfusión de concentrados de hematíes, en el 2% se presentó algún suceso adverso y el 1% (1 paciente) tuvo que ser trasladado a la UCI. La estancia media fue de 1,84 días. Hubo 1 reingreso. La esperada para este proceso es 6,16 por lo que el impacto en ahorro en camas es de 341,59 estancias. RTU de próstata: 81 intervenciones con una edad media de 70 años (49-87). El 92% cumplió con lo planificado. En el 4% de los casos apareció fiebre de forma puntual y en el 2% se presentaron sucesos adversos (un edema de úvula y un síntope). Se produjeron 3 reingresos (3,7%) por hematuria diferida dentro del primer mes del alta. La estancia media fue de 1,32 días mientras que la esperada para este proceso es de 5,70 por lo que el impacto en ahorro de estancias fue de 354,53 días.

Conclusiones: Las vías clínicas son un instrumento útil para conseguir una práctica clínica orientada a los principios de la calidad.

LA EXPERIENCIA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO. INCLUSO LO ABURRIDO ES SUSCEPTIBLE DE MEJORA

J. Fernández, A. Mesa, C. Velasco, B. Martínez y J.R. Riera
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Asturias.

Palabras clave: Procesos, Administración, Indicadores.

Objetivos: Evaluar la efectividad y eficacia de la implantación de un sistema de gestión de calidad en un Servicio de la Administración Pública cuyo trabajo está mediatisado por la Ley de Procedimiento Administrativo Común.

Métodos: Se implanta el sistema de gestión con el diseño de indicadores que permitirán evaluarlo. Se recogen 126 expedientes del servicio de autorización de centros y servicios sanitarios tras la implantación del sistema de gestión de calidad comparándose con un grupo control elegido de forma aleatoria antes de la implantación y que pudiera compararse por las características de tipo de centro, inspectores actuantes y proceso realizado. En la muestra se han excluido los cierres de centros, las convalidaciones y aquellos tipos de centros que no resultaban comparativos dada su especificidad en la tramitación. Los datos se pueden explotar gracias a dos tipos de aplicaciones informáticas, una antigua, en la que los datos que faltan se rescatan manualmente y una de nueva adquisición que permite la consulta de toda la información automáticamente.

Resultados: Existen diferencias estadísticamente significativas en todos los indicadores de mejora de resultado valorados en los grupos de estudio siendo los principales: 1) Tiempo medio desde la entrada de la solicitud a la inspección en días. 2) Tiempo medio desde la inspección hasta la realización del informe propuesta en días. 3) Tiempo medio desde la solicitud hasta la realización del informe propuesta en días. 4) Tiempo medio desde la solicitud hasta la resolución firmada por el Consejero en días. 5) % de expedientes en los que se tarda más de 60 días en realizar el informe Propuesta desde la solicitud (1) (2) (3) (4) (5) Grupo Post 9,97 48,19 58,16 66,77 36,11 Grupo Control 36,17 138,57 161,78 230,04 72,22.

*No se ponen las desviaciones estándar por problemas de espacio.

Conclusiones: Los indicadores permiten monitorizar el proceso interno del Servicio de Autorización de Centros (hasta el informe propuesta) y el funcionamiento externo de otros Servicios de la Conserjería (documento final-resolución). La implantación de un sistema de gestión de la calidad impulsa una mejora en el rendimiento en el trabajo que se puede cuantificar y demostrar en cualquier ámbito profesional, aunque lógicamente no todo es debido al propio sistema sino a los cambios que se producen como consecuencia del mismo y que puede ser objeto de un estudio más detallado.

C-260

UNIDAD FUNCIONAL DE ICTUS EN UN HOSPITAL COMARCAL: ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR Y CONEXIÓN CON LA ATENCIÓN PRIMARIA

A. Martos, A. de Luis, R. Massa, E. Espada, M. Llado y G. Saltó
Corporació de Salut del Maresme i la Selva.

Palabras clave: Ictus, Unidades funcionales.

Introducción: La enfermedad vascular cerebral (AVC) es la tercera causa de muerte en adultos en los países industrializados, la primera causa médica de incapacidad física y la segunda de demencia. A finales de 2003 pusimos en marcha una unidad funcional de ictus integrada por internista, neurólogo, rehabilitador, geriatra, psicólogo y trabajador social, en coordinación con la atención primaria.

Metodología: Al ingreso, todos los miembros del equipo son avisados vía e-mail. Se realiza una reunión interdisciplinar semanal para establecer un plan terapéutico integral e individualizado. La actuación de todo el equipo se basa en una Guía Clínica consensuada y basada en la evidencia científica publicada. El CAP del paciente recibe un aviso cuando ingresa, otro de "prealta" cuando se requerirá atención domiciliaria, y otro el día del alta. Se realizan visitas de seguimiento, en el CAP, a los 1, 3, 6 y 12 meses del ictus.

Resultados: Se analiza un total de 183 pacientes con seguimiento de 1 año: 90 pacientes atendidos por la Unidad ("POST") y 93 pacientes atendidos antes su puesta en marcha ("PRE"). Ambos grupos fueron. Los pacientes del grupo POST fueron valorados en mayor número por los distintos especialistas del equipo: neurólogo 82% vs. 12%, rehabilitador 79% vs. 46%, geriatra 72% de los mayores de 70 años, vs. 29%; psicólogo 49% vs. 4%, trabajador social 56% vs. 30%. Un mayor porcentaje de pacientes recibió rehabilitación: 67% (vs. 23%). Un 15% de los pacientes recibió logoterapia, de la que no se disponía antes de la Unidad. Se hizo TAC craneal antes de 48 horas el 91% y al 96%. El estudio etiológico se completó en un mayor porcentaje de pacientes: 74 vs. 69%. El índice de Barthel al alta fue de 65, de media, en el grupo PRE y de 72 en el POST. Un mayor número de pacientes pudo ser dado de alta a su domicilio: 68% vs. 58%. La mortalidad hospitalaria fue del 7,5 y 7,7%, respectivamente. La supervivencia al año fue del 81% y del 85%. El Barthel medio al año fue de 71 y 78. El 76% y el 79% de los pacientes, respectivamente, tenía un estado cognitivo normal al año. Se observó un mayor diagnóstico de los FRCV y una mayor frecuencia de tratamiento al año, en el grupo POST: 88% de los hipertensos tratados (vs. 64%), 96% de dislipémicos (vs. 59%), 87% de los diabéticos (vs. 53%).

Conclusiones: La atención interdisciplinaria e integral de los pacientes con AVC mejora el manejo y la evolución a corto y largo plazo.

EL DIRECTOR DE CENTRO, LA GESTIÓN DE PROCESOS Y LA PARTICIPACIÓN COMO MOTOR DEL CAMBIO. CENTRO DE SALUD AVDA. DE DAROC

A.C. García, J.M. Mena, A. Sánchez, C. Debán, M. Enguidanos y S. García
CS Avenida de Daroca. Madrid.

Palabras clave: Procesos, Director, EAP.

Introducción: El Centro de Salud (CS) Avenida Daroca pertenece al Área 4 de Madrid. Está dividido en dos Equipos de Atención Primaria (tradicionalmente liderados por dos coordinadores médicos) con 95 profesionales que atienden a 59.000 usuarios. La falta de coordinación entre turnos, la deficiente comunicación entre profesionales y la falta de unificación de circuitos organizativos impulsó a la Gerencia a implantar, desde Diciembre de 2004, la figura del Director del Centro, un profesional médico exento de consulta. Se apostó por la gestión de procesos y las Comisiones de trabajo para implicar a todos los profesionales en la reorganización que se iba a realizar.

Método: Se hizo un análisis de los problemas del CS mediante revisión de reclamaciones y encuesta a los profesionales. Se priorizaron los siguientes procesos: Control de anticoagulación, Avisos domiciliarios, Dispensación de medicación crónica, Pacientes sin cita, Análisis a domicilio, Gestión de reclamaciones y Derivación a Unidades de Apoyo. Para cada proceso se definió la misión, propietarios, clientes y proveedores, especificaciones e indicadores de seguimiento. Posteriormente se presentaron a los dos equipos y se establecieron los plazos de seguimiento. Se revisaron también las Comisiones existentes en cada equipo, redefiniendo su composición y planificando una línea de trabajo conjunta.

Resultados: A seis meses del inicio de la experiencia de la implantación de la figura del Director de Centro, se han puesto en marcha los 7 procesos priorizados, perteneciendo los propietarios a todos los estamentos. Las Comisiones que han iniciado una labor conjunta son: Docencia (calendario unificado para potenciar el trabajo común); Régimen interno (circuitos y agendas de calidad); Almacén (material y pedidos); Seguimiento de Objetivos (líneas de trabajo y los objetivos anuales); OMI (gestión y formación sobre la HC informatizada). Cada equipo mantiene sus propias Comisiones de Calidad y Farmacia. El análisis de las reclamaciones muestra una disminución de las quejas referentes a tarjeta sanitaria, tiempo de espera de mostrador, recetas de medicación crónica, documentos sellados en inspección, atención de pacientes urgentes y uso de coagulómetros.

Conclusiones: La figura de un director de centro liberado del trabajo asistencial permite reorganizar el trabajo en los equipos grandes. La gestión de procesos y la participación en Comisiones implica a todos los profesionales en el cambio y favorece establecer líneas y procedimientos comunes para todos nuestros usuarios.

C-262

C-261

PROCESO PARA LA GESTIÓN DEL MATERIAL ESTÉRIL

S. Castelo-Zas, A. Chueca-Ajuría, I. Gallego-Camiña, M. Pascual-Fernández, B. Basozabal-Zamakona y M. Duran-Díaz
Hospital de Galdakao.

Palabras clave: Procesos, Diseño, Implantación.

Objetivo: Siguiendo con el objetivo del hospital de aumentar progresivamente el número de procesos certificados, en el año 2003 se decidió abordar, entre otros, el diseño y la implantación del Proceso para la Gestión del Material Estéril.

Método: Mediante reuniones de trabajo, y tomando como referencia la metodología utilizada en los procesos ya certificados, el equipo de proceso en colaboración con la Unidad de Calidad se encargó del diseño del mismo, y en junio de 2004 se procedió a su implantación. Como parte de la implantación se realizaron una serie de sesiones informativas/formativas para presentar el proceso a todo el personal implicado.

Resultados: La consideración del paciente como cliente principal y la idea de que el proceso no se limitaba exclusivamente a la Central de Esterilización, nos llevó a ampliar el alcance hasta los procesos asistenciales, quirúrgicos, y de apoyo al diagnóstico y/o al tratamiento, los cuales son gestionados como interacciones. Lo que provocó esta inclusión fue el hecho de que en algunos servicios se realizan actividades propias del proceso, tales como limpieza y empaquetado del instrumental, así como el registro de incidencias asociadas a las mismas. Además, en nuestro caso, en los bloques quirúrgicos también se esteriliza. Por otro lado, se consideró que el proceso no finaliza hasta que el material es utilizado, por lo que se incluyeron dentro del mismo las actividades de almacenamiento, gestión de stockage y control de caducidades. El tratamiento de los clientes internos como Interacciones implica que se acuerda con ellos criterios de relación, se definen indicadores y se registran incidencias. En el diseño también se tuvo en cuenta al Centro Vasco de Transfusiones, considerándolo como Grupo de Interés, ya que a pesar de no ser parte del hospital participa en el proceso proporcionando entradas y salidas.

Conclusiones: 1. El abordaje de este proceso ha puesto énfasis en la importancia de una buena gestión de la comunicación (interacciones) con todos los procesos implicados. 2. Ha potenciado la creación de procedimientos que garanticen la homogeneización de actividades (limpieza, empaquetado, etc.) en los diferentes servicios implicados. 3. Gestión de los registros ya existentes y creación de nuevos (base de datos de incidencias, cuadro de mandos integral, etc.), lo que permitirá gestionar el proceso con datos objetivos. Además, con todo ello se garantiza la trazabilidad del producto a lo largo de todo el circuito. 4. Se ha evidenciado carencias del sistema informático.

C-263

Palabras clave: Coordinación, niveles, mejora.

Objetivos: 1. Identificar y priorizar áreas específicas objeto de atención así como alternativas de actuación frente a las mismas. 2. Elaborar protocolos consensuados dirigidos a las áreas priorizadas. 3. Potenciar procedimientos que permitan la adopción de estrategias de atención conjuntas.

Métodos: Formación de un equipo de mejora, integrado por personal de ambos niveles asistenciales, para identificar las áreas objeto de atención y establecer prioridades. A partir del equipo de mejora inicial, formación de una serie de comisiones de trabajo que abordarían las distintas actividades del programa.

Resultados: En mayo de 2004 se formó un equipo de coordinación entre niveles integrado por veinte profesionales, 12 de atención especializada y 8 de atención primaria, siendo 17 médicos y 3 enfermeras. Se han creado 8 comisiones específicas, algunas de las cuales han concluido su trabajo o están finalizándolo en mayo y junio de 2005, teniendo otros visos de continuidad. Fueron priorizadas como áreas específicas objeto de elaboración de protocolos asistenciales la diabetes mellitus, lumbalgia, hombro doloroso, esofagitis por reflujo, control de la gestación normal y otitis media aguda, constituyéndose otras tantas comisiones para su elaboración y consenso. Otras áreas priorizadas en el ámbito organizativo incluyen la adopción de nuevas formas para celebrar la interconsulta desde el nivel primario, incluyendo un horario programado para atención telefónica o visita al especialista por parte del profesional de atención primaria así como la práctica de sesiones clínicas conjuntas entre niveles asistenciales o la organización de la interconsulta a especialidades a través de la página web de la institución.

Conclusiones: El consenso entre profesionales, pese a su coste y dificultades, constituye una excelente vía para el abordaje de los problemas derivados de un divorcio histórico entre los niveles asistenciales de atención primaria y especializada. Mediante este eje de acción, la elaboración de protocolos asistenciales y la adopción de simples estrategias organizativas prometen cuantiosas mejoras.

MESA 34

Calidad Enfermería (V)

Palabras clave: Implantación, aplicativo informático.

Objetivos: Las estrategias de implantación de sistemas informáticos para la gestión de cuidados enfermeros propuestas por las empresas implantadoras, suelen obviar las peculiaridades propias de los medios a los que van dirigidas. Dado que en nuestra percepción ello suele conducir a no pocas tensiones cuando no al abandono o mal uso del aplicativo, decidimos el desarrollo de una estrategia interna de implantación añadida a la habitual. 1. Garantizar los cuidados y las actividades inherentes al proceso del paciente. 2. Aumentar la satisfacción del usuario profesional. 3. Favorecer la adhesión, conocimiento y uso del aplicativo.

Método: La estrategia interna se tradujo en: 1) Designar a un responsable del aplicativo que asumiera la formación, el mantenimiento y desarrollo. 2) De contenido: Adaptación de planes, protocolos y vías en carta a la nomenclatura del aplicativo. Adaptación de protocolos y planes a formato vía clínica. Adaptación de los Registros Especiales a los resultados de los Grupos de Trabajo de la Comunidad. 3) De recursos tecnológicos: Asignación de varios tablets PC por unidades. Tecnología wireless. PDAs. 4) De Formación: Básica de funcionamiento del aplicativo a distintos perfiles. Talleres formativos, dirigidos a enfermeras y auxiliares de plantilla (23) y personal de nueva incorporación. Talleres formativos dirigidos a facultativos (5). Elaboración y distribución de Manual de consulta para el médico consultante. Seguimiento en las unidades. Manejo de las nuevas herramientas tecnológicas, (pockets, tablets). Talleres de familiarización y manejo de la herramienta (10). Seguimiento de implantación y adecuación del uso en las unidades (semanal), para ambas herramientas, pocket para personal de enfermería y tablets para personal de enfermería y personal facultativo.

Resultados: Identificación de responsable único para el control y difusión de funcionalidades. 24 planes, protocolos y vías clínicas adaptados a la Nomenclatura del aplicativo. 12 planes y protocolos adaptados a formato vía clínica. Registro de UPP y Catéteres Vasculares adaptado. 79 profesionales enfermeros de plantilla fija y 15 facultativos formados.

Conclusiones: El diseño e implantación de medidas estratégicas internas, introduce elementos de indudable mejora tanto en el conocimiento como en el manejo y la implicación del personal en el uso de los aplicativos.

**UN VALOR AÑADIDO EN EL SEGUIMIENTO DE LAS ÚLCERAS
POR PRESIÓN: LA INTEGRACIÓN DEL ANÁLISIS
TRANSVERSAL Y LONGITUDINAL**

M.V. García, M.A. Pajín, M.D. Planas, C. Abelló, T. Costa y J. Pérez
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

C-266

Palabras clave: Úlceras nosocomiales, cuidados.

Objetivo: Análisis de prevalencia de las úlceras nosocomiales y seguimiento evolutivo de las mismas detectadas en los cortes de prevalencia para conocer la evolución de los pacientes y de las lesiones, en relación al tratamiento, tipo, localización y evolución hasta su resolución, con la finalidad de abrir líneas de mejora.

Metodología: Dos cortes anuales de prevalencia puntual y estudio prospectivo de las lesiones intra hospitalarias (durante 60 días) detectadas en los cuatro cortes de prevalencia realizados en mayo y noviembre respectivamente de los años 2003 / 2004.

Resultados: Se han revisado un total de 4675 pacientes. Se han detectado 157 pacientes con lesiones intra hospitalarias, la tasa es del 3,3%. De los 157 pacientes, el 24% fueron éxitus, el 22% dados de alta a domicilio con la lesión resuelta, el 38% se resolvieron antes de 60 días, el 10% fueron trasladados a otro centro asistencial y en el 5% restante no se resolvió la lesión a los 60 días. El porcentaje más alto de las lesiones son de grado I y II, en estas el tratamiento fue pautado por la enfermera con una clara adhesión al protocolo. En menor porcentaje están las de grado III y IV, en las que, en la mayoría de los casos, el tratamiento lo pauta el servicio de Cirugía Plástica.

Conclusiones: El seguimiento de las lesiones permiten establecer relaciones entre tipo de lesión y su evolución previsible, así como confirmar la idoneidad del tratamiento adaptado al protocolo. El seguimiento ha permitido comprobar una adherencia al protocolo especialmente en las de tipo I y II, y no tanto en las de III y IV. En estas últimas un porcentaje elevado son intervenidas por Cirugía Plástica. En el año 2004 se presentó el protocolo unificado de cuidados para la prevención y tratamiento de las lesiones por presión y desde febrero del año 2005 se ha puesto en marcha un programa de formación en úlceras por presión para todo el personal de enfermería de todo el hospital.

**MONITORIZACIÓN DEL CONSENSO Y EL CONOCIMIENTO DE
LA HOJA DE VALORACIÓN ENFERMERA EN EMERGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIAS**

J.A. Péculo, M. Rodríguez, H.J. Rodríguez, J.P. Jiménez, J. Gómez
y M.M. Casal
Servicio Provincial 061 – Cádiz.

C-267

Palabras clave: Monitorización registro enfermería.

Objetivo: Determinar el grado de acuerdo y conocimiento, acerca de los apartados que componen la nueva Hoja de Valoración Enfermera (HVE) de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).

Metodología: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. Eran sujetos de estudio los enfermeros del Servicio Provincial 061 de Cádiz. Se utilizó un cuestionario autoadministrado, previamente pilotado, que media el acuerdo existente acerca de cada uno de los ítems que componen la HVE, en referencia a dos afirmaciones: "Este ítem debe estar presente en la HVE de EPES" y "Sé valorar este ítem de la HVE de EPES". Las puntuaciones oscilaban desde 0 (totalmente en desacuerdo) hasta 10 (totalmente de acuerdo). Para su análisis categórico, se consideró "acuerdo" a valores 7 a 10, y "no acuerdo" a valores 0 a 6. Se realizó estadística descriptiva con media, mediana y desviación estándar (DE) para los valores cuantitativos, y frecuencias absolutas y relativas para los valores categóricos. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS v13.0.

Resultados: Se recogen 27 cuestionarios (90,3% de enfermeros). Las necesidades que obtienen mayor consenso, acerca de la pertinencia de estar en la HVE, son, en valores medios, Movilidad (9,07), Aprender (8,98), Seguridad (8,68) y Comunicación (8,68). En contra, las que suscitan menor consenso son Vestirse (6,23), Valores/Creencias (6,74) y Autorrealización/Ocio (6,85). Las valoraciones en las que existe menor proporción de acuerdo son: Estrenamiento (36,4%), Ropa adecuada (36,3%), Satisfacción con estado de salud (54,4%) y Declaración de voluntades anticipadas (36,3%). En cuanto al conocimiento, las necesidades que resultan más difíciles de valorar son, en puntuación media, Seguridad (7,76) y Valores/Creencias (7,10). El 63,7% no está de acuerdo con que sepa valorar "Respuestas de afrontamiento". Igual ocurre con "Origen de inquietud" (45,5%) y "Satisfacción con estado de salud" (49,9%).

Conclusiones: La monitorización del acuerdo y el conocimiento que tienen los enfermeros acerca de cada uno de los ítems que componen este nuevo registro, nos permite evaluar las nuevas versiones de éste, modificando y/o eliminando aquellos que generan un pobre consenso. Por otra parte, en vista de los resultados observados, es posible adaptar el contenido formativo que reciben, reforzando aquéllas necesidades que resultan más difíciles de valorar. Es necesario continuar monitorizando las próximas versiones de la HVE.

**CUMPLIMENTACIÓN DE UNA NUEVA HOJA DE VALORACIÓN
DE ENFERMERÍA EN ASISTENCIAS**

J.A. Péculo, H.J. Rodríguez, J. Gómez, M. Rodríguez,
M.A. Mendoza y J.P. Jiménez
Servicio Provincial 061 – Cádiz.

C-268

Palabras clave: Cumplimentación registro enfermería.

Objetivo: Conocer las características de cumplimentación de la nueva Hoja de Valoración Enfermera (HVE) de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES).

Metodología: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. Son unidades de estudio las HVE cumplimentadas por los enfermeros del Servicio Provincial 061 de Cádiz, desde el 20 de febrero al 31 de mayo de 2005. Se valoró la cumplimentación de cada uno de los ítems que se agrupaban en 14 necesidades básicas (modelo Virginia Henderson), así como la presencia de problemas de colaboración, problemas de autonomía y/o diagnósticos enfermeros. Se realizó estadística descriptiva con media, mediana y desviación estándar (DE) para los valores cuantitativos, y frecuencias absolutas y relativas para los valores categóricos. El análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS v13.0.

Resultados: Se recogen datos de 657 HVE (28,85% de los pacientes asistidos). Se cumplimenta la HVE en el 28,9% de las asistencias con resolución in situ, el 26,6% de los pacientes que son asistidos por equipo 061 y trasladados en ambulancia convencional I, y el 31,0% de los que son asistidos y trasladados en UVI-móvil de 061. Las necesidades que en más ocasiones han sido valoradas son: Respirar (94,4%), Movilidad (89,0%) y Comunicación (87,8%). Por el contrario, las que menos han sido valoradas son: Autorrealización/Ocio (26,8%), Dormir/Descansar (33,1%) y Eliminación (46,2%). Los ítems con menor proporción de valoraciones son: Hora última ingesta (10,8%), Declaración Voluntades Anticipadas (13,1%), Peso (24,0%), Realiza actividades de ocio (25,3%), Alteración calidad del descanso (29,5%) y Sentirse útil (29,6%). En el 62,1% de las HVE se cumplimentó el cuadro resumen de todas y cada una de las 14 necesidades básicas. Se concluyó con, al menos, un problema de colaboración, un problema de autonomía o un diagnóstico enfermero, bien formulados, en el 49,7%, 8,5% y 47,7% respectivamente. En el 32,9% de las HVE no se formuló ningún problema detectado.

Conclusiones: El grado de cumplimentación de la nueva HVE es aún bajo, en comparación con los objetivos propuestos (65% en los pacientes asistidos y trasladados por equipo 061). Han pasado sólo 3 meses desde el inicio de la actividad formativa sobre metodología enfermera, y el uso de la HVE forma parte del aprendizaje. Algunas de las 14 necesidades básicas tienen un grado de cumplimentación muy dispar entre sí, debido al ámbito de nuestro trabajo y a la necesidad de priorizar nuestras valoraciones e intervenciones.

**MONITORIZACIÓN DEL CONSENSO Y EL CONOCIMIENTO DE
LA HOJA DE VALORACIÓN ENFERMERA EN EMERGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIAS**

J.A. Péculo, M. Rodríguez, H.J. Rodríguez, J.P. Jiménez, J. Gómez
y M.M. Casal
Servicio Provincial 061 – Cádiz.

C-267

Palabras clave: Monitorización registro enfermería.

Objetivo: Determinar la percepción de seguridad de pacientes trasladados en ambulancia tras demandar asistencia sanitaria urgente.

**PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE SEGURIDAD EN PACIENTES
TRASLADADOS EN AMBULANCIA TRAS ASISTENCIA
SANITARIA URGENTE**

J.A. Péculo, J.P. Jiménez, M. Rodríguez, H.J. Rodríguez, M.A. Mendoza
y J. Gómez
Servicio Provincial 061 – Cádiz.

C-269

Palabras clave: Percepción seguridad enfermería.

Objetivos: Determinar la percepción de seguridad de pacientes trasladados en ambulancia tras demandar asistencia sanitaria urgente.

Metodología: Estudio observacional analítico, de corte transversal. Son sujetos de estudio los pacientes trasladados en ambulancia, tras demandar asistencia sanitaria urgente a través de 061, en la provincia de Cádiz. Criterios de exclusión: menor de 18 años y/o presencia de alteración de la conciencia. Muestra de 431 pacientes (nivel de confianza 95%, potencia 80%, p esperada 50%, error 4%, 50% de pérdidas). Cuestionario telefónico, días después de la asistencia, con escala de 1 a 5, donde el valor 1 equivale a "Sentirse totalmente inseguro" y el valor 5 a "Sentirse totalmente seguro". Para el análisis consideramos "sentirse seguro" los valores 4 y 5.

Resultados: Se realizan 92 encuestas, que suponen el 22,5% de los 408 pacientes seleccionados (38,0% no disponían de teléfono de contacto, 19,6% no hubo respuesta telefónica, 10,0% estaban aún ingresados, 4,7% habían fallecido, y 5,1% no tenía capacidad para responder). Edad media de 58 años (DE 19,2 años), 56,5% eran mujeres. El 43,5% fue asistido y trasladado por equipo de emergencia; el 45,6% fue asistido por equipo de emergencias, y trasladado por ambulancia convencional; y el 10,8% fue trasladado por ambulancia, sin asistencia previa. La seguridad percibida durante la asistencia, el traslado y la transferencia del paciente, es diferente en función de que se haya aplicado la intervención o no, pero no estadísticamente significativa. La probabilidad de sentirse seguro durante el traslado o durante la transferencia fue, respectivamente, 4,8 veces mayor (IC95% 1,9 – 11,9) y 12,7 veces mayor (IC95% 2,7 – 58,5) cuando el traslado lo hacía un equipo de emergencias que cuando era por ambulancia convencional.

Conclusiones: La tasa de No Respuesta superó lo esperado, y se repartió igual en los grupos de estudio. El cuestionario, aunque aún no validado, refleja una buena concordancia con las vivencias expresadas. No encontramos diferencia en la percepción de seguridad cuando se utiliza las intervenciones propuestas. Se debe a que la muestra preliminar es pequeña, y que hay enfermeras que ya hacen las intervenciones sin conocer el estudio. Encontramos diferencias en seguridad percibida durante el traslado y la transferencia, si hay un equipo de emergencias o no. No obstante, el amplio intervalo de confianza, confirma la necesidad de continuar recogiendo datos y aumentar la muestra.

QUERER, SABER Y PODER: LA COMISIÓN DE CUIDADOS Y EL DESARROLLO DEL POTENCIAL DE LAS PERSONAS

P. Gómez, D. Ayuso, P. González, R. Sarabia y M. Jiménez
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

C-270

Palabras clave: Gestión de personas. Desarrollo.

Objetivos: Favorecer el desarrollo del potencial de las personas. Conseguir la implicación de las personas en objetivos y resultados. Mejorar la satisfacción de las personas como grupo de interés. Implicar a las personas en la mejora continua.

Método: El H.U. "Marqués de Valdecilla" cuenta con una plantilla de 4.175 personas y el 56% es personal de enfermería. La Dirección asume entre sus responsabilidades el pleno desarrollo del potencial de las personas e involucrarles en el proyecto de Mejora de la Calidad. En el mes de enero de 2004 se crea la Comisión de Cuidados, grupo técnico asesor, de carácter multidisciplinar, encargado de fomentar, organizar y coordinar la calidad de los cuidados de enfermería. El propósito es crear grupos de trabajo, centrados en aprendizaje, innovación y mejora continua PDCA. Se expusieron tres líneas de trabajo: Procedimientos, Registros y Calidad. El despliegue afectó a todas las personas. Indicación: Toda persona interesada, puede participar.

Resultados: La Comisión de Cuidados quedó formada en enero con 16 personas. Se acordó elaborar Acta de cada reunión y remitir a todas las unidades, insistiendo en la oportunidad de participar. Los participantes, distribuidos en las tres líneas de trabajo, seleccionaron las primeras oportunidades de mejora. *Procedimientos:* unificar criterios en cuanto a modelo, aceptando referencias ISO 9001:2000. Procedimientos de cuidados prioritarios, abordados por expertos, cuentan en la actualidad con los siguientes grupos de mejora: Paciente diabético, Traqueotomía, Sonda vesical, Úlceras por presión, Prevención de caídas, Control del dolor, Administración de medicamentos, Paciente quirúrgico, Catéteres vasculares, Cuidados pre y pos procedimientos diagnósticos, Sistemas de contención mecánica y Elaboración de recomendaciones. *Registros:* se establecieron como prioritarios, la mejora de los registros de las UCIs, psiquiatría y consultas. *Calidad:* se establecieron como prioritarios, el estudio de los retrasos y anulaciones de intervenciones quirúrgicas, el Informe de Enfermería al Alta y la Prevención de errores en la administración de medicamentos. En la actualidad hay 19 grupos de mejora con una media de 8 personas por grupo.

Conclusiones: Habitualmente las personas tienen ganas de actuar (querer) y la Comisión de Cuidados les ha facilitado saber como hacerlo (saber) y tener la oportunidad (poder). Medida positiva para gestionar, desarrollar y aprovechar el conocimiento y potencial de las personas.

CALIDAD EN CUIDADOS ENFERMEROS: APLICACIÓN MEDIANTE LA INFORMÁTICA

I. Pantoja y M.D. Garrido
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

C-272

Palabras clave: Informatización enfermería.

Según Watson, tener instrumentos que nos permitan dirigir y medir nuestros cuidados nos permite en mayor medida desarrollar el conocimiento que tenemos del cuidado y aprender más sobre como nuestros pacientes, enfermeras y el sistema se pueden beneficiar de dicho conocimiento. Con este estudio tenemos una visión general sobre la adhesión de las enfermeras de una unidad de hospitalización a la realización del proceso enfermero haciendo uso de un sistema informático en un período que abarca los primeros meses de su puesta en marcha. Esta visión la tenemos tras obtener los porcentajes de realización de cada uno de los pasos del proceso enfermero así como el porcentaje de realización del proceso enfermero completo teniendo en cuenta el número total de pacientes ingresados.

Resultados: Se evaluaron los meses de Enero, Febrero Marzo y Abril del 2005. En Enero hubo un total de 132 ingresos de los cuales 119 fueron incluidos en el sistema informático obteniendo un 100% de valoraciones iniciales, un 97% de planes de cuidados, un 36,1% de informes de continuidad de cuidados y 30,3% el porcentaje al que se le realizó el proceso completo. En Febrero hubo 140 ingresos, 98 incluidos en el programa, obteniendo un 81,6% de valoraciones iniciales, un 83,6% de planes de cuidados, un 34,6% de informes de continuidad de cuidados y un 31,6% el proceso completo. En Marzo hubo 162 ingresos, 131 incluidos en el programa, obteniendo un 90% de valoraciones iniciales, un 84,7% de planes de cuidados, un 38,9% de informes de continuidad de cuidados y un 33,5% el proceso completo. En Abril hubo un total de 135 ingresos, habiendo 148 incluidos en el programa, obteniendo un 91,2% de valoraciones iniciales, un 86,4% de planes de cuidados, un 45,9% de informes de continuidad de cuidados y un 34,4% el proceso completo.

Conclusiones: Del mes de Enero a Febrero hubo un incremento del 1,3% en la realización del proceso completo, de Febrero a Marzo del 1,9% y de Marzo a Abril del 0,9%. Podemos entender que solo haciendo registros sistemáticos de los cuidados enfermeros pueden ser utilizados como indicadores para obtener resultados en salud. Según Ferrer (2004) al referirse a los lenguajes enfermeros "el lenguaje enfermero es la forma de expresión del cuidado, pero no es en sí, la esencia del cuidado". Entendemos que la medición del proceso enfermero no es solo el cuidado enfermero, sino que siempre debemos tener en cuenta que dentro de la medida del cuidado deberíamos medir el descuido para evitar la deshumanización del proceso.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. IMPACTO EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE ESTAS LESIONES EN UNIDADES

M. Rodríguez, F. García, R. Almozara, R. Malia, F. Ruiz y J.E. Torra
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-271

Palabras clave: Calidad, prevención, úlceras.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) han constituido un importante problema en las unidades de Medicina Interna y Cuidados Paliativos de nuestro Hospital, por sus repercusiones sobre el paciente y su familia –discomfort, morbilidad,...-, sobre los profesionales –aumento de las cargas de trabajo- y sobre el sistema –aumento de la estancia hospitalaria y de los costes añadidos-, con una prevalencia a finales de 2002 del 29 y el 36% en ambas unidades. En enero de 2003 se pone en marcha un Programa de prevención y tratamiento de UPP basado en la elaboración de una guía de práctica clínica, formación de los profesionales, utilización de medidas específicas de prevención: superficies especiales para el manejo de la presión –SEMP- y ácidos grasos hiperoxigenados -AGHO- y monitorización epidemiológica.

Material y método: Con el objetivo de evaluar el impacto de este Programa de prevención en la prevalencia de UPP en las Unidades de Medicina Interna –34 camas- y Cuidados Paliativos –12 camas- del Hospital, se planteó un estudio prospectivo para comparar las cifras de prevalencia de UPP antes y después de la puesta en marcha de dicho programa.

Resultados: Se detalla la evolución de la prevalencia de UPP desde finales de 2002 hasta la actualidad:

	Medicina Interna	Cuidados Paliativos
4º trimestre 2002	29%	36%
1º trimestre 2003	28%	30%
2º trimestre 2003	15%	17%
3º trimestre 2003	15%	8%
4º trimestre 2003	13%	12%
1º trimestre 2004	12,9%	8%
2º trimestre 2004	19%	11%
3º trimestre 2004	10%	
4º trimestre 2004	7%	12,5%
1º trimestre 2005	29%	18%
2º trimestre 2005	6,5%	10%

Conclusiones: Vemos que tras la puesta en marcha del Programa de prevención de UPP, se ha ido reduciendo progresivamente la prevalencia en las unidades piloto, al favorecer y potenciar las medidas de prevención en las actuaciones enfermeras de manera prioritaria. Consideramos que la implementación del Programa de prevención y tratamiento de UPP en estas unidades nos está sirviendo para abordar eficazmente este importante problema de salud, y sobre todo, para mejorar la calidad de los cuidados prestados a nuestros pacientes.

X. Castells, M.J. Vilar, F. Cots, M. Riu, C. Iniesta y J. Bruguera
Hospital del Mar. Barcelona.

Palabras clave: Proyecto mejora calidad, evaluación resultados.

Objetivos: Uno de los ejes del desarrollo del Programa de Calidad del IMAS, IMASQual, es el de incentivar y dar soporte a iniciativas específicas de mejora de calidad que estén llevando a cabo los profesionales del Hospital. Con este motivo se ha abierto una convocatoria anual para incentivar nuevos proyectos. *Objetivos que se persiguen:* 1. Dar soporte a los grupos de profesionales que expongan iniciativas de mejora de la calidad de la atención en los centros de la Institución. 2. Fomentar el desarrollo formal de proyectos de calidad que incorporen la evaluación de los resultados.

Métodos: Bases de la Convocatoria 2005. Se pueden presentar todos los profesionales del Hospital. El proyecto debe incorporar los elementos básicos del Círculo de Mejora Continua de Calidad. Se debe presentar una memoria estructurada del proyecto. Se seleccionarán un máximo de 3 proyectos con una ayuda para el conjunto de 24.000 euros anuales. Este importe servirá para financiar los gastos de diseño, recogida de datos y evaluación. *Evaluación:* Cada proyecto será evaluado por dos miembros de la Comisión de Calidad sobre la base de los siguientes criterios (aportación a la valoración final). Calidad intrínseca del proyecto -validez- (20%), Impacto potencial en la mejora de la calidad asistencial (30%), Factibilidad (20%), Oportunidad (10%), Transversalidad (5%), Multidisciplinariedad (5%), Coordinación con otros proyectos del IMASQual (10%).

Resultados: En esta primera convocatoria se han presentado 14 proyectos, con 110 profesionales implicados. La valoración media fue de 7,83 (sobre 10 puntos); 8 proyectos superan esta nota media. En esta edición se han concedido las ayudas a los siguientes proyectos: Proyecto de mejora de calidad en la administración de fármacos a los pacientes ingresados en los Hospitales del IMAS. Proyecto para la mejora de las cateterizaciones venosas en el IMAS y disminución de la infección nosocomial que causan. Vía Clínica de Cirugía electiva colorrectal.

Conclusiones: En el marco de un programa de calidad institucional, la concesión de ayudas a proyectos específicos impulsados por los profesionales ayuda a la implicación de todos los trabajadores. El número de proyectos presentados revela una buena aceptación por parte de los profesionales. Independientemente de ser o no seleccionados, los objetivos de los distintos proyectos se han incorporado al conjunto de objetivos del propio IMASQual.

MESA 35

Calidad científico-técnica (V)

PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA Y EXPECTATIVAS SOBRE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO AL ALTA DE UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

C-273

A. Jiménez-Puente, J. García-Alegría, F. Martos-Pérez, L. Raya-Ortega, A. Lara-Blanquer y M.A. García-Díaz
Hospital Costa del Sol.

Palabras clave: Prescripción farmacéutica, adherencia.

Objetivos: Estudiar la relación entre la prescripción farmacéutica al alta hospitalaria de un servicio de Medicina Interna (MI) y las expectativas de los mismos facultativos sobre el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

Metodología: El estudio se realizó sobre altas de hospitalización de la Unidad de MI del Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga) en 2004. Se estudió el número de fármacos y las tomas diarias de los distintos medicamentos prescritos al alta en una muestra de dos patologías frecuentes que afectan a pacientes ancianos con múltiples comorbilidades: insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reagudizada. Se realizó una encuesta anónima a los facultativos y residentes de MI del hospital sobre el número de tomas diarias a partir del cual consideraban que un "paciente tipo" de dichas patologías tendría dificultad para cumplir con el tratamiento prescrito.

Resultados: Se analizaron 78 altas, 32 por EPOC con una prescripción media de 7,4 fármacos (rango de 2 a 15) y 12,3 tomas diarias (rango de 5 a 27) y 46 altas por IC con una prescripción media de 7,9 fármacos (rango de 3 a 13) y 12,5 tomas diarias (rango de 3 a 28). En la encuesta participaron 11 facultativos y residentes de MI (el 70% de la plantilla). Los facultativos consideraron realista el cumplimiento de una prescripción de 6,8 tomas en el caso de un paciente tipo con IC y 6,4 en un caso de EPOC (rango de 3 a 12 en ambos casos). El 84% de las altas por EPOC y el 87% de aquellas por IC superaban las expectativas de cumplimiento terapéutico de los propios facultativos que las prescribieron.

Conclusiones: Los pacientes hospitalizados por EPOC e IC en servicios de MI requieren la prescripción de múltiples fármacos al alta. En la mayoría de los casos, las prescripciones son tan complejas que los propios médicos prescriptores ven difícil que los pacientes puedan cumplir adecuadamente con el tratamiento indicado.

PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA PREPARACIÓN DE CITOSTÁTICOS

C-275

N. García, A. Mayor y E. Rodríguez
Hospital de Basurto. Bilbao.

Palabras clave: Error, citostático, preparación.

Objetivo principal: Dispensar al paciente un medicamento seguro y en óptimas condiciones desde la perspectiva de la preparación.

Objetivos secundarios: 1. Establecer una sistemática de trabajo que detecte los errores en la preparación de citostáticos. 2. Concienciar a las enfermeras de la necesidad de establecer controles para detectar incidentes y prevenirlos. 3. Analizar los errores para identificar las causas. 4. Implantar acciones de mejora.

Material y métodos: *Diseño:* Estudio prospectivo observacional realizado entre mayo del 2003 y mayo del 2005. *Ambito:* Unidad de citostáticos del Sº de Farmacia de un hospital general. En el año 2004 se prepararon 13.252 citostáticos para un total de 8.396 pacientes.

Instrumentalización: 1) Creación de un grupo de trabajo. 2) Formación del personal de enfermería. 3) Elaboración de registros "ad hoc" en los que se recogieron los siguientes datos: a) nº total de citostáticos preparados/nº de pacientes, b) nº de errores o incidentes, c) nº de devoluciones. 4) Información a todo el personal, en dos sesiones anuales, sobre los errores acontecidos y el tipo de error. 5) Elaboración de nuevos registros para detectar errores, ajustándolos a las fases de preparación del citostático.

Resultados: El análisis de los datos se hizo mensual. El índice de errores de mayo de 2003 a mayo de 2004 fue de 0,008%, y de 0% de mayo de 2004 a mayo de 2005. Estratificando por tipo de error, vemos que la mayor parte de los mismos están relacionados con error en el etiquetado. Además, hemos analizado las causas de las devoluciones viendo que la mayoría se debían al estado clínico del paciente, a errores administrativos, etc, y sólo en dos casos a errores en la preparación.

Conclusiones: Debemos trabajar por una cultura de mejora continua que aprenda de los problemas y garantice una asistencia segura. -Los errores deben ser detectados antes de administrar el citostático, por lo que hay que establecer controles y sistemas que actúen como filtro. La mejor manera de evitar errores es conocerlos, para ello es necesario: 1) Comunicarlos. 2) Mantener una formación actualizada del personal a cargo de su preparación. 3) Implicar al personal en la búsqueda de sistemas de detección y prevención de errores. El establecimiento de esta sistemática nos ha permitido conocer el número de incidencias y más importante, poner en marcha acciones de mejora, entre ellas el establecimiento de nuevos protocolos, triples controles durante la preparación de citostáticos, etc, con el fin de minimizar estas incidencias.

VALORACIÓN ENFERMERA Y COLABORACIÓN DE MÉDICOS Y ENFERMERAS MEJORA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

A. Palenzuela, J. Borrego, I. Carneros, C. Bocanegra, B. Sánchez y S. Carrasco
ZBS Campillos.

Palabras clave: Acto único, calidad, continencia.

Introducción: Desde hace un año, en el D.S. la Vega desde la coordinación de enfermería se puso en marcha el grupo de trabajo para la mejora de las intervenciones enfermeras en incontinencia urinaria (IU), cuatro enfermeras recibieron un curso de formación en práctica clínica avanzada sobre I.U., trabajando posteriormente de forma individual y en grupo con las enfermeras del D.S.

Objetivos: 1) Introducir instrumentos prácticos para ofrecer respuestas adecuadas a las necesidades de clientes en el marco de la mejora continua de la calidad asistencial, ayudando a reunir en la enfermera de familia el perfil clínico-asistencial e investigador para la IU profundizando en el manejo de las competencias, contribuyendo así, en el camino hacia la "excelencia" en la prestación de servicios sanitarios. 2) Facilitar la accesibilidad del usuario trabajando ambos, MF y EF, desde la colaboración. 3) Crear herramientas de trabajo que homogenicen nuestras intervenciones ante la I.U. y que estas intervenciones sean con evidencia demostrada de coste-efectividad y que se pueden usar simultáneamente al tratamiento con absorbentes para disminuir escapes, lo que debe mejorar el gasto farmacéutico y la calidad de vida del paciente.

Metodología: 1) Búsqueda bibliográfica mejor evidencia disponible. 2) Grupo de discusión y consenso. 3) Formación en pequeños grupos.

Resultados: 1) Acto único para el paciente, desde la valoración, prescripción y entrega de la receta, teniendo como herramientas el protocolo multidisciplinar con el informe de incontinencia y el proceso de soporte 2) Objetivo para UGC Campillos y Mollina, basado en tres aspectos: a) Contención del crecimiento en farmacia en pacientes incontinentes en el año. b) Adecuación de la prescripción del pañal al tipo de incontinencia. c) Reducción del porcentaje de prescripción de pañales supernoche respecto al mismo período del año anterior.

PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL EN LA FRACTURA DE CADERA DEL ANCIANO

J.A. Andrés, J. Juliá, J. Marante, J. Rodríguez y P. Andrés
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Fractura de cadera.

El Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz efectuó un análisis sobre el tratamiento de la fractura de cadera en el anciano en Mayo de 2001, en el que se detectaron áreas de mejora en relación al tratamiento quirúrgico de la fractura de cadera osteoporótica. De acuerdo con la evidencia científica disponible sobre el tema, se decidieron modificar fundamentalmente dos aspectos de nuestra práctica asistencial: Demora quirúrgica (tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente y la intervención). Selección del implante para las fracturas extracapsulares (excesiva proporción de casos tratados con clavos de Ender).

Objetivo: Analizar la efectividad de un Plan de Mejora Asistencial, orientado a disminuir la demora quirúrgica y a utilizar un implante quirúrgico para las fracturas extracapsulares que permitiera obtener mejores resultados clínicos y una menor tasa de complicaciones. El plan se comenzó a aplicar a partir del 1 de Julio de 2001.

Metodología: Hemos realizado un estudio descriptivo de una serie consecutiva que incluye todos los pacientes intervenidos por fractura de cadera osteoporótica entre el 1 de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2003. Se han analizado la demora preoperatoria, el tipo de implante utilizado, estancia hospitalaria, ganancia de estancias y mortalidad.

Resultados: Los resultados principales obtenidos con el Plan de Mejora han sido la disminución de la demora media preoperatoria (5,7 días a 1,8 días), el aumento del número de pacientes intervenidos en las primeras 24 horas (11,2% a 71,9%) y la disminución de la proporción de clavos de Ender (80,6% a 40,6%). La mortalidad a 3 y 12 meses no ha sufrido variaciones significativas. Continuando con esta línea de mejora, se ha implantado en nuestro Hospital el Proceso Asistencial Integrado de la Fractura de Cadera en el Anciano y se ha iniciado una Línea de Investigación Clínica.

C-276**ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE CARACTERÍSTICAS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE CATÉTERES INTRAVASCULARES**

M. Moreno, E. Martínez, M.J. Rodríguez, A. Flórez, G. Barquin y L. Hernández Hospital Sierrallana.

Palabras clave: Catéter, Evaluación, Complicaciones.

Objetivos: Con el objetivo de revisar y actualizar los protocolos de cuidados y mantenimiento de catéteres existentes en el Hospital se constituyó un Grupo de Trabajo. Teniendo en cuenta la importancia de conocer cual es la situación de partida (qué catéteres insertamos, cómo, qué problemas presentan) y dado que muchos de estos datos no constan habitualmente en la documentación clínica del paciente se desarrolla un estudio específico para tal fin.

Metodología: Estudio prospectivo realizado en todos los pacientes hospitalizados a los que se les insertó catéter vascular a lo largo del período de estudio (21 de junio al 4 de julio de 2004) A través de una encuesta de seguimiento, se estudian los datos relativos al paciente y la unidad/servicio de inserción y los datos relativos a los dos primeros catéteres que reciba el paciente.

Resultados: Durante el período de estudio han sido portadores de catéteres 327 pacientes ingresados en el hospital. En cuanto al primer catéter insertado, la mayoría fueron periféricos. La causa de retirada fue en un 38% el alta del paciente. De los 327 catéteres insertados durante el período de estudio, 83 sufrieron alguna complicación (25,4%), sólo uno de ellos era CVC, dando lugar a una extravasación La principal complicación aparecida en los catéteres ha sido la extravasación seguida de la fiebre y la obstrucción. El 32,5% (N = 27) de los casos precisaron tratamiento como consecuencia de la complicación del catéter, que el 49% se trató de antiinflamatorio tópico y en el 35% de retirada de la vía. En relación al segundo catéter insertado, fueron portadores el 38,8% (N = 127) de los pacientes ingresados en el hospital durante el período de estudio (89,8%, periféricos). La causa de retirada fue en un 28,3% el alta del paciente, 29 sufrieron alguna complicación (22,8%) La principal complicación aparecida en el segundo catéter ha sido la extravasación seguida de la fiebre. El 45% (N = 13) de los casos precisaron tratamiento como consecuencia de la complicación del catéter.

Conclusiones: El número de catéteres periféricos insertados es claramente superior al de CVC, además se observa la existencia de uniformidad a la hora de la inserción de estos catéteres, en relación al calibre (20) y a la localización (antebrazo), tanto en el primer como en el segundo catéter Las complicaciones más frecuentes fueron la extravasación y la fiebre, observándose durante el estudio únicamente una complicación infecciosa (bacteriemia asociada a catéter).

C-278**CALIDAD EN LA CENTRAL DE PROCESOS DE MATERIAL ESTÉRIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "MARQUÉS DE VALDECILLA"**

C. Fernández y P. Villanueva
Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla".

Palabras clave: Esterilización. Normas. Evaluación.

Objetivos: Disponer de información que permita asegurar el cumplimiento de las normas de calidad en la Central de Procesos de Material Estéril (CPM). Detectar problemas que afecten a la calidad del producto. Establecer una dinámica permanente de resolución de problemas.

Método: Estudio aplicado a todos los esterilizadores (5 de vapor y 1 de Oíxido de Etileno), a cada ciclo de esterilización y al material esterilizado. **Período de estudio:** 1 de enero a 31 de diciembre de 2004. **Obtención de datos:** Manual de control de esterilizadores. **Responsables:** supervisora y enfermeras de la CPM. En esta comunicación hacemos referencia a un indicador de adecuación del método de esterilización, concretado en material deteriorado e indicadores y estándares correspondientes a los esterilizadores: Disponibilidad (esterilizador parado por avería), Rechazo de carga, Mantenimiento (parámetros controlados y firmados diariamente), Control de vacío (Bowie-Dick correcto por autoclave y día), Control físico (gráficos por carga correctos y firmados), Control biológico (esporas negativas por esterilizador y día) y rendimiento (nº de cargas por esterilizador y día). Las normas establecidas tienen como referencia las Normas UNE-EN-ISO, recomendaciones de CDC y los Estándares Internacionales de Acreditación de Hospitales. La cantidad de material esterilizado está expresada en UTES (Unidad técnica de esterilización: 600 x 300 x 300 mm).

Resultados: Los resultados se obtienen por cada esterilizador. A continuación hacemos referencia a los resultados globales de cada indicador. El material esterilizado en el año 2004 fue de 116.986 UTES, el 97,86% por vapor y el 2,79% por OE. Adecuación del método: 0,035% piezas deterioradas (Estándar: 0,050%). Indisponibilidad del esterilizador: Vapor: 16,12%, OE: 0,55% (Estándar ≤ 12 días). Índice de rechazo de carga: 0,25% (Estándar ≤ 0,5%). Índice de mantenimiento: 78,06% (Estándar: 90%). Control de vacío: 106,25 (Estándar ≥ 100%). Control físico firmado: 100% (Estándar: 100%). Control biológico: Vapor: 134,15% (Estándar ≥ 100%), OE: 197,88% (Estándar ≥ 200%). Rendimiento: Vapor: 7,59 cargas/día (Estándar: 10 cargas/día), OE: 1 carga/día (Estándar: 1 carga/día).

Conclusiones: Los indicadores expuestos se corresponden con los procedimientos implantados en la CPM. La evaluación, sistemática y diaria, permite conocer los errores puntualmente, sin que el producto afectado sea servido. Los resultados informan de la eficacia-eficiencia-efectividad del servicio.

EFFECTIVIDAD DE UN PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD (NAC)

L. Ortega, N. Celorio, D. Martínez, M. Caballero, J. Martínez y C. Humet
Hospital de Barcelona SCIAS.

C-280

Palabras clave: Neumonía, efectividad, protocolo.

Objetivo: Analizar el impacto de un protocolo de diagnóstico y tratamiento de la NAC en los indicadores de calidad asistencial.

Material y métodos: *Diseño:* estudio prospectivo y transversal de los casos atendidos con el diagnóstico de NAC durante el período de 2002 a 2005.

Pacientes: 251 enfermos asignados al grupo control (n = 99) y grupo de estudio (n = 152). *Variables:* se compararon los pacientes atendidos durante los dos primeros meses de 2002 (grupo control; antes de la implantación plena del protocolo) con los atendidos en los dos primeros meses de 2005 (grupo estudio; después de la implantación del protocolo) respecto a las siguientes variables: demográficas, porcentaje de ingresos hospitalarios y de ingresos inadecuados, estancia media, aplicación del índice de severidad de la neumonía (ISN) precocidad en la instauración del tratamiento antibiótico y resto de indicadores de calidad asistencial. *Análisis estadístico:* chi cuadrado, t de student, Mann Whitney. Intervalos de confianza del 95% (IC95%) Nivel de significación estadístico p < 0,05.

Resultados: La NAC (GRD 089, 090 y 091) fue la séptima causa de ingreso en el hospital en 2004 y la primera de tipo médico. Durante el período de estudio se atendieron un total de 251 neumonías de las que 124, el 49,4% (IC95% [43,0-55,7%]) ingresaron. No existieron diferencias en las características de comparación de los grupos. Tras la implantación del protocolo se observó un cambio en la mayoría de indicadores de calidad asistencial para este proceso: ingresos inadecuados 32% (IC95% [27,4-39,6]) versus 7% (IC95% [3,6-10,1%]) p < 0,0013 generando una reducción de 92.352 euros en el conjunto de la atención de este proceso durante el primer trimestre de 2005; estancia media $9,7 \pm 4,3$ (IC95% [9,1-10,2 días]) versus $7,4 \pm 2,9$ (IC95% [7,0-7,7 días]) p < 0,03; porcentaje de pacientes clasificados con el ISN 11,1% (IC95% [7,0-15,2%]) versus 46,0% (IC95% [39,5-52,1%]) p < 0,001; e inicio del tratamiento antibiótico antes de 4 horas 2,1% (IC95% [0,6-4,5%]) versus 87,3% (IC95% [80,7-89,7]) p < 0,0001. El coste por proceso disminuyó un 18% entre 2002 y el primer trimestre de 2005 en Euros constantes. La tasa de readmisión fue de 6,61% (IC95% [5,4-7,9%]) versus 4,48% (IC95% [3,2-5,1%]) p < 0,02. El resto de indicadores, incluyendo mortalidad, duración del tratamiento parenteral y porcentaje de ingreso en UCI, no mostraron diferencias entre los grupos.

Conclusiones: En las condiciones del estudio, el protocolo de la NAC mejora los principales indicadores de calidad asistencial de este proceso.

MESA 36**Satisfacción de pacientes (V)****SEGUIMIENTO TELEFÓNICO EN PACIENTES ATENDIDOS POR EL 061: UNA APUESTA POR LA SATISFACCIÓN**

R. Bellido, S. Pérez, F. Ávila y E. Fernández
EPES-061 SP Cádiz.

C-281

Palabras clave: Teléfono 061 seguimiento.

En el SP de 061 de Cádiz se está llevando a cabo una iniciativa que tiene como objetivo mejorar la calidad asistencial. En el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) recibimos demandas de asistencia que se generan a través de llamadas procedentes de distintas líneas telefónicas (061, línea 902 505 061, 112, Teleasistencia, transporte sanitario, etc.). La garantía de respuesta a la demanda asistencial se sustenta en un abanico de recursos que van desde equipos de emergencia terrestre o aéreo hasta resolución in situ mediante consejo sanitario pasando por el envío de distintos tipos de recursos sanitarios. Las demandas asistenciales que han sido resueltas mediante consejo sanitario telefónico o envío para valoración a un centro sanitario son objeto de un seguimiento especial por el CCU.

Objetivos: Con esta actuación se persigue aumentar la calidad asistencial de las demandas en las que no se envía recurso sanitario al domicilio al interesarnos por la evolución seguida desde que nos llamó por primera vez. El usuario tiene la posibilidad de comentar su evolución; si ésta es negativa de tal forma que requiere asistencia en el momento del seguimiento, se puede resolver desde el CCU. Por otra parte, si la evolución fue negativa pero ya ha finalizado la situación lo consideramos una "actuación no adecuada" generándose un informe de no conformidad que se remite al director y éste a su vez, insta al médico coordinador responsable a revisar el caso y plantear mejoras.

Métodos: En el CCU se generó una base de datos en la que según LOPD se registran las demandas a las que se realiza el seguimiento. Recoge un CMBD, información sobre la evolución y una estratificación según los criterios de evolución del paciente.

Resultados: En el período estudiado, año 2004, se han atendido 522.907 llamadas que generaron 64.297 demandas asistenciales de las cuales 9.169 fueron objeto de este estudio con los siguientes resultados: No contestan al teléfono: 1267; No hay teléfono para contactar: 616; Dejamos mensaje: 1151; Usuario no conoce al paciente: 382; Paciente que ha mejorado: 3823; Paciente que sigue igual: 12 86; Paciente que ha empeorado: 157; Otros: 487.

Conclusiones: Se trata de una herramienta que creemos mejora la satisfacción del usuario porque perciben cómo nos interesamos por su estado y facilita a los médicos coordinadores y al Servicio Provincial en general información sobre la actuación en la sala de coordinación facilitando información sobre los procedimientos y protocolos de actuación ante una demanda asistencial telefónica.

JUNTOS PODEMOS SEGUIR MEJORANDO

P. Herrera, E. Martínez, A.R. Díaz, M. Rodríguez, Z. Gancedo y M.A. Moreno
Hospital Sierrallana.

Palabras clave: Opinión. Acogida. Participación.

Objetivos: Conocer la opinión de los diferentes Grupos Sociales en relación con el Proceso de Acogida al Paciente. Integrar de manera permanente la opinión de los mismos.

Metodología: Desde el año 2000 existe en el Hospital Sierrallana un Grupo de Trabajo multidisciplinar de Acogida al Paciente, que después de diseñar el Proceso, para facilitar la integración de los usuarios en el entorno Hospitalario, revisa la implantación y resultados del mismo, abordando en base a los resultados nuevas áreas de mejora. Fruto de dicha evaluación, y de una serie de cambios relevantes, el Grupo ha abordado la revisión del circuito y de la información específica de la Acogida en Consultas Externas, la información de la Guía de Acogida, queriendo conocer la opinión de los usuarios sobre dichos documentos antes de implantarlos definitivamente, y establecer con éstos unos cauces formales de participación en el Grupo de Trabajo. Después de realizar un proceso de identificación, se mantuvieron reuniones independientes con Asociaciones vecinales y consumidores, asociaciones de pacientes, y Ayuntamientos, en las que se presentó todo el Plan de Acogida. Posteriormente, a través de una metodología cualitativa de grupos focales de discusión sobre un guión estructurado, se recogió la opinión de los asistentes en dichos apartados, para acabar solicitando a todos los interesados en participar de manera estable en el Grupo de Trabajo, su confirmación a través de una hoja de datos personales que se envía al Hospital.

Resultados: Se han elaborado 2 nuevos documentos informativos, Información de Consultas Externa y Guía de Acogida y se ha establecido un nuevo circuito para la entrega de información de Consultas Externas. Los representantes de las Asociaciones que han acudido valoran satisfactoriamente el Plan de Acogida y los documentos informativos específicos. Han aportado propuestas de mejora como la introducción de una Hoja de Sugerencias, y la posibilidad de incluir en la carpeta que contiene la Guía de Información General, información específica, si existiera de las asociaciones de pacientes. Hasta el momento actual, 5 representantes de las Asociaciones/Instituciones convocadas han manifestado su disposición a participar en el Grupo de Acogida al Paciente en el Hospital Sierrallana.

Conclusiones: Las opiniones y propuestas de las diferentes asociaciones han sido trasladadas al Grupo de Acogida para integrarlas en el Plan de Acogida. La iniciativa de invitar a la participación a las asociaciones ha sido bien acogida por éstas.

C-282

VISITAS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

C. López, D. Cruzado, F. Casáis, P. Grima, J.M. Espada y M.D. Morales
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Visitas, Pacientes, Hospitalización.

Objetivos: Analizar las opiniones de trabajadores, pacientes y familiares acerca del sistema actual de visitas (Hospital de Puertas Abiertas) en nuestro Hospital. Conocer las preferencias de los encuestados con respecto a la duración, frecuencia, horario y número de las visitas que reciben. Valorar la necesidad de implantar un sistema de gestión de las visitas hospitalarias.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal que se llevó a cabo entre Abril-Mayo de 2005. La recogida de datos se realizó través de un cuestionario elaborado por los propios investigadores y validado mediante estudio piloto. Fueron encuestados pacientes, visitantes, y trabajadores del Hospital Puerta del Mar. Para el análisis de las variables se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados: La gran mayoría de los encuestados opinaron que las visitas son beneficiosas, y que los aspectos negativos que representan dependen directamente de la organización de las mismas. Hubo un porcentaje elevado de respuesta afirmativa en lo que respecta a las recomendaciones existentes considerándolas adecuadas, a pesar de reconocer que no se cumplen. En general, casi la totalidad de los encuestados piensan que debería limitarse el número de personas para evitar la masificación, y considera que la presencia de un acompañante permanente y dos más de visita en horario controlado es suficiente.

Conclusiones: Sin duda, las visitas que reciben los pacientes hospitalizados alivian la ansiedad que provoca el ingreso en un hospital. Sin embargo, a pesar de que la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal, no todas las visitas son beneficiosas para el paciente, siendo el propio paciente quien demanda un mayor control del nº de visitantes. A raíz de los resultados, se hace necesario proponer un sistema de organización y control permitiendo que el propio paciente o cuidador principal gestione sus propias visitas.

ANÁLISIS DE LA MATRIZ DAFO EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO EN HHUU VIRGEN DEL ROCÍO

R.M. Crespo, E. Valverde, S. Sánchez y L. Fernández
HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras clave: Satisfacción DAFO administrativos.

Introducción: La encuesta de satisfacción de usuarios del SAS demuestra la necesidad de revisar los procesos administrativos de las unidades de atención al usuario. A finales de 2004 la Dirección Gerencia de HHVR pone en marcha un plan para la mejora de los procesos clave en estas unidades. La primera fase de este proyecto consiste en la elaboración de una matriz DAFO en la que participan profesionales y personal responsable de estos servicios. Desarrollo La Dirección Gerencia lidera el proyecto, siendo tutelado metodológicamente por la EASP. La Dirección Gerencia presenta el proyecto a la totalidad del personal administrativo, siendo invitados a participar más de cien profesionales y 21 responsables y mandos intermedios. La invitación es personalizada y firmada por el Subdirector Gerente. Estos profesionales son ordenados en 5 grupos, que mantienen reuniones de trabajo durante 4 horas. Debemos considerar un sexto grupo conformado por los responsables de los servicios de atención al usuario.

Conclusiones: Se obtienen dos matrices DAFO (profesionales y personal responsable) identificándose: Análisis Interno Análisis Externo Puntos Fuertes Puntos Débiles Dimensiones Oportunidades Amenazas Dimensiones Profesionales 48 78 11 12 25 9 Responsables 35 46 10 15 6 9. Las variables identificadas son agrupadas en áreas o dimensiones: Análisis Interno Análisis externo Recursos materiales Nuevas Tecnologías Recursos humanos Coordinación entre niveles asistenciales Relaciones con usuarios Entorno físico hospital Relaciones con profesionales atención usuario Usuarios Relación con profesionales sanitarios Recursos humanos Relaciones con superiores (excluida del grupo responsables) Sanidad privada Competencia técnica Medios de comunicación Comunicación interna Instituciones sanitarias (Política sanitarias para responsables) Cartera de servicios Otras Organización Seguridad y salud laboral Todos los aspectos identificados son ordenados según la aplicación de dos criterios: importancia y factibilidad. Esto supone el punto de partida para la segunda fase del proyecto, Estrategia de Intervención.

C-284

PLAN PARA LA MEJORA DE LOS PROCESOS CLAVE DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO EN HHUU VIRGEN DEL ROCÍO

E. Valverde, J.J. Álvarez-Ossorio, M.D. García, S. Sánchez y L. Fernández
HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras clave: Satisfacción procesos administrativos.

Introducción: La encuesta de satisfacción de usuarios del SAS evidencia un margen de mejora en la satisfacción de nuestros usuarios en relación con los procesos administrativos. En octubre 2004 la Dirección de HH.UU. Virgen del Rocío se propone una revisión de los procesos adscritos a las Unidades de Atención al Usuario, considerando que son clave en la satisfacción proporcionada al constituir la puerta de entrada de los usuarios, así como la vía de canalización de los procedimientos administrativos más frecuentes.

Objetivos: El objetivo principal es mejorar la satisfacción del usuario, desde un mayor conocimiento de estos procesos y el establecimiento sistematizado de planes de mejora que favorezcan la accesibilidad, agilidad y eficacia administrativa. Como objetivos instrumentales al anterior definimos la participación del personal implicado, pretendiendo su formación y compromiso. Como consecuencia se espera el desarrollo y satisfacción de los profesionales. La satisfacción del usuario se alcanza mejor desde profesionales satisfechos. Premisas del plan de trabajo. Este proyecto es tutorizado metodológicamente por la EASP Dirigido y revisado por el Presidente de la Comisión de Calidad del Hospital. Coordinado por Técnico ajeno a esta área de actuación El Subdirector Gerente es el responsable último, estando presente en los procesos de toma de decisiones finales Participan todos los profesionales que trabajan en estas Unidades, los cuales jugarán un papel decisivo en la implantación de las mejoras incorporadas fases del proyecto Fortalezas y debilidades en la atención al usuario Estrategias de intervención y perfil competencial Formación competencial de administrativos y responsables Identificación y definición de los procesos clave en la satisfacción del usuario. Incorporación de mejoras Evaluación.

Resultados: Matriz DAFO, identificando medidas de fácil implementación y alta repercusión Definición del perfil competencial y formación de los profesionales implicados Compromiso de los profesionales, favorecido por la participación en el proyecto Identificación de los 5 procesos administrativos de mayor repercusión en la satisfacción del usuario Definición de los flujos de procesos asociados, incorporando mejoras sugeridas por el grupo de expertos y avaladas por la subdirección gerencia. El resultado fundamental es una mayor satisfacción del usuario en relación con los procesos administrativos. Aun no disponemos de perspectiva temporal para evaluar este último aspecto.

VALORACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA EN USUARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD (SMS). 2002-2003

T. Ramón, A. Más, P. Parra, J.E. Calle, R. Gomis y J. Cayuela
Consejería de Sanidad. Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria.

Palabras clave: Satisfacción, calidad percibida, encuesta.

Desde el año 2002 se viene aplicando la "Encuesta EMCA de calidad percibida en pacientes hospitalizados". El objetivo es medir la calidad percibida por los usuarios de los 9 hospitales públicos de agudos y valorar su satisfacción con la atención recibida identificando oportunidades de mejora y elaborando indicadores de calidad que se incluyen en los contratos de gestión del SMS con los hospitales. En el año 2003 se pasó de nuevo la encuesta EMCA y se compararon los resultados obtenidos con el año anterior.

Metodología: Estudio retrospectivo, transversal, en adultos dados de alta en los Servicios quirúrgicos, médicos y puerperas en 9 Hospitales de Agudos de la Región de Murcia. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático. Período de estudio año 2002: 15 mayo a 15 junio; año 2003: 1 al 31 de noviembre. Instrumento: Cuestionario EMCA de Valoración de Calidad Percibida y Satisfacción Posthospitalización. Apartados explorados: ingreso-dilatación-parto, estancia (incluye alta- y valoración global), por dimensiones: Información, Organización, Trato, Competencia Profesional e Infraestructura. Se enviaron un total de 5.887 cuestionarios en el año 2002 y 2836 en el 2003, por correo postal franqueado en destino, y carta recordatorio. Se realizó un análisis a nivel Regional y desagregado por Hospital. Se compararon los indicadores obtenidos en 2002 y 2003.

Resultados: Tasa de respuesta más baja en 2003, 39,14 frente a 53,2% en 2002. Satisfacción global sobre 10, de 8 y de 7,9, en 2002 y 2003 respectivamente. La profesionalidad del personal es valorada como muy buena o buena entre un 90-95% para el personal médico siendo el personal de limpieza el peor valorado, en ambos años. Dimensión Información: empeora en 2003 el indicador de identificación del profesional en las tres áreas asistenciales. En general mejoran los indicadores relacionados con el consentimiento informado en el 2003 (% pacientes que opinan que cuando les entregaron el documento les explicaron con claridad el contenido del mismo pasa de 64,6% a 75,8) Dentro de la dimensión Organización el indicador de consumo de tabaco ha mejorado, produciéndose la mejora más importante en el área médica 57,1% frente a 70,9% de pacientes que opinan que no han visto fumar a nadie en el hospital.

Conclusiones: No se han apreciado mejoras significativas en los resultados obtenidos en ambos años ya que han sido muy pocas o ninguna las mejoras introducidas en los centros, lo cual nos garantiza, la consistencia de la herramienta.

C-286

EL ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA INSATISFACCIÓN, COMPARACIÓN DE TÉCNICAS

J. Rodríguez y C. López
Hospital de Jerez.

Palabras clave: Insatisfacción, SERVQHOS, Grupo focal.

Objetivos: Las expectativas son las determinantes de la satisfacción, es necesario conocer la utilidad de las herramientas utilizadas para indagar en estas expectativas y en los resultados de satisfacción. El objetivo de este trabajo se centra en la comparación de los resultados cualitativos obtenidos en el segmento de pacientes insatisfechos tras un período de hospitalización en el hospital de Jerez con dos herramientas, la encuesta SERVQHOS en su apartado cualitativo (recuadro de sugerencias) y el GRUPO FOCAL.

Metodología: El diseño es observacional, descriptivo y transversal dentro de la categoría de no experimental. La unidad de análisis, es la efectividad de las técnicas, a partir de la congruencia de los resultados obtenidos con el mismo nicho de usuarios insatisfechos. La población diana se dividió en seis segmentos, a partir de dos criterios, edad y área de hospitalización, la selección de los participantes fue intencionada no aleatoria entre los sujetos más insatisfechos con la asistencia recibida en el centro, a partir de los resultados cuantitativos de la encuesta autocumplimentada SERVQHOS enviada tras la hospitalización a una muestra aleatoria de 3570 usuarios, con una tasa de respuesta del 22,82%. El número de grupos focales realizado fue de 12, con un total de 108 participantes. El análisis comparativo de los resultados de insatisfacción cualitativos, obtenidos con ambas técnicas se realizó a través de la aplicación informática Nvivo de análisis de textos.

Resultados: Ambas herramientas coinciden en los resultados en relación a la diferencia tanto en expectativas como en satisfacción en cada una de las tres áreas de hospitalización exploradas: Área Materno-infantil, Área Médica y Área Quirúrgica. Igualmente coinciden en la relación existente entre expectativas y factores demográficos y socioculturales de la población que vive en el área de influencia del hospital. No existe coincidencia en los resultados particulares de insatisfacción de los grupos.

Conclusiones: La calidad percibida es un proceso individual generado en la interacción entre usuario y hospital. La utilización de diferente metodología para el análisis de este producto de la asistencia sanitaria permite profundizar en la interpretación y significación que el sujeto le otorga. Los textos obtenidos con los grupos focales son más ricos obteniéndose la información más válida a partir de la interacción de los miembros, aunque se mantengan las opiniones particulares obtenidas de las encuestas.

C-287

CALIDAD CONTINUA EN MICROGESTIÓN: ACCIDENTES LABORALES

E. Morales, Ll. Colomes, D. Llorens, T. Espejo, E. Silvestre y M. Esquius
ABS Vandellòs-Hospitalet.

Palabras clave: Calidad, microgestión, accidentes.

Objetivo: Mejorar la atención al paciente afecto de un accidente laboral, que demanda asistencia en nuestro centro.

Metodología: En una de las sesiones realizada en el centro, surge la idea de que mediante la técnica cualitativa de observación y la escucha activa percibimos que la atención al accidentado no se está realizando adecuadamente, por ello se crea un equipo de mejora. Planificar: Este equipo realiza un análisis de la situación actual con respecto a la atención al accidentado, define el problema y sus causas, recoge datos y define soluciones: El accidentado es tratado como un paciente normal, esto genera problemas. Causas por las que el accidentado es tratado como paciente normal. Propuestas de mejora, implementar soluciones. Hacer: El grupo y resto del equipo, implanta y monitoriza las soluciones de acuerdo con el plan establecido. Evaluar: evaluar los resultados, mediante indicadores: N° accidentes laborales a los que se les ha aplicado el protocolo de actuación en el año 2003 / n° accidentes laborales identificados en el año 2003. N° accidentes laborales con todos los documentos correctos / n° accidentes laborales identificados. Actuar: en función de los resultados se estandarizan las mejoras y se rediseña si es necesario.

Resultados: Creación de circuitos y guías de actuación. Se monitorizan los accidentes laborales durante el año 2003. Se han registrado 70 accidentes laborales de los cuales a 65 el 92,85% se les aplica el protocolo de actuación, pero de estos tan solo el 45% (32 accidentes) disponemos de todos los documentos necesarios. Y un 7,15% no se ha aplicado protocolo. Analizamos el 7,15% al que no se ha aplicado el protocolo nos encontramos con una falta de registro en la historia, por lo que no podemos saber si no se ha aplicado protocolo o no se ha hecho un buen registro, se plantearon medidas correctoras conclusiones. Podemos observar que en la mayoría de los accidentados se ha aplicado la guía de actuación o protocolo y por tanto se ha hecho una buena micro gestión que se ve reflejada en la eficacia de esta para con el paciente accidentado. Pudiendo estandarizarse las medidas establecidas. La metodología de calidad resulta ser una herramienta con la cual tenemos la oportunidad, los centros de atención primaria, de mejorar nuestros servicios teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

C-288

MESA 37

Satisfacción de profesionales (I)

DISEÑO Y DESARROLLO DEL PLAN DE COMUNICACIÓN INTERNA EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO

N. González-Ladislao, A. Allende-Achalandabaso, S. Sarrionaindia-Azaola, I. Gallego-Camiña, A. Chueca-Ajuría y S. Castelo-Zas
Hospital de Galdakao.

C-290

Palabras clave: Comunicación, Participación, Mejora.

Objetivo: Diseñar un sistema de comunicación interna, que contemple el desarrollo y la implantación de diversas herramientas de comunicación, que permitan satisfacer las necesidades a este respecto de las personas que conforman el hospital.

Método: Consideramos que en todas aquellas Organizaciones orientadas hacia la Calidad Total y Excelencia en la Gestión; en las que las personas son un valor fundamental, la comunicación es una necesidad absoluta. Por todo esto, el hospital ha decidido diseñar e implantar un Plan de Comunicación Interna. Para llevarlo a cabo se está siguiendo la metodología del ciclo de Mejora Continua o PDCA. Detalle de las fases del Plan de Comunicación Interna y su correspondencia con las fases del círculo Deming: 1) Diagnóstico de la situación (para lo que se han realizado entrevistas a un número representativo de personas de los diversos estamentos del hospital) y diseño del plan; este primer paso se corresponde con la fase de planificación del ciclo. 2) Desarrollo e implantación (fase de ejecución), poner en marcha aquello que se ha diseñado y planificado. 3) Una vez implantado el Plan de Comunicación hay que validarla, constatar si se ha conseguido el objetivo. 4) Finalmente está el seguimiento y la mejora continua, la clave de una Organización que se compromete con la Calidad Total y la Excelencia en la Gestión.

Resultados: Se ha elaborado un diagnóstico de la situación de la comunicación en el que se han recogido las necesidades de comunicación de las personas del hospital. Con las conclusiones obtenidas, e intentando responder a las necesidades comunicativas de las personas se ha diseñado el Plan de Comunicación Interna y se han implantado diversas herramientas de comunicación. Para el diseño y desarrollo de algunas de estas herramientas se han creado grupos de trabajo en los que han participado personas de los distintos estamentos que conforman el hospital.

Conclusiones: El Plan de Comunicación Interna: 1) pretende eliminar el efecto perjudicial de los rumores, 2) ayuda a coordinar las distintas actividades de la empresa, 3) persigue motivar a los trabajadores generando adhesión al proyecto empresarial, 4) desarrolla un sentimiento de pertenencia e integración social y quizás el aspecto más importante, 5) busca mejorar e innovar a través de la participación de las personas en la vida de la Organización.

LA CALIDAD PARA EL CLIENTE EXTERNO A TRAVÉS DE LA CALIDAD PARA EL CLIENTE INTERNO

J. Lerín

FRADIR Inversiones-Sevilla.

Palabras clave: Calidad, Profesionalidad, Éxito.

Objetivo: El objetivo de este proyecto ha sido el conseguir los más altos estándares de calidad en la prestación de los servicios de transporte sanitario dentro del grupo Fradir, y por tanto la máxima satisfacción de los clientes externos, los centros de salud y los usuarios finales, partiendo de la calidad aplicada a los clientes internos, los profesionales de la empresa.

Métodos: El producto puede ser excelente, logística inmejorable, recursos materiales de primera, óptima organización, pero sin la participación y voluntad del cliente interno, de poco sirven. Esta premisa guía los planes de mejora de la organización y principalmente aquellos que van dirigidos a conseguir la satisfacción del cliente. Que el profesional se sienta a gusto en su trabajo, seguro de sus conocimientos, disponga de los recursos materiales más adecuados, harán más llevadera la "carga del trabajo". Para ello, la organización ha planificado acciones en aras a conseguir la satisfacción del profesional. Estas acciones las podemos agrupar en los siguientes conceptos: a) Estudios organolépticos encaminados a dotar a los vehículos de transporte sanitario de estancias que contribuyan a la comodidad del profesional, así como en las zonas de espera. b) Diseños de uniformidad que, atendiendo a los requisitos de la actividad, otorguen un aspecto agradable y cómodo a sus portadores. c) Sistemas de comunicación modernos y eficaces que aseguren al profesional la recepción y transmisión de la información. d) Sistemas de control que le aseguren el buen funcionamiento de los equipos. e) Acciones formativas, no solo sobre aspectos técnicos o sanitarios, sino sobre psicología y trato al cliente, saber escuchar es la base de una buena comunicación. Evidentemente estas acciones han ido acompañadas de la mejora en los recursos materiales y dotaciones de las ambulancias, del adecuado seguimiento de los planes de mantenimiento y limpieza de los vehículos, comodidad, juguetes para los niños, correcto acondicionamiento, etc.

Resultados: Las principales repercusiones de esta metodología han sido, entre otras: a) Se han reducido un 50% las reclamaciones de los clientes. b) Se ha reducido en un 30% los tiempos de espera. c) Se han reducido un 35% los costes de mantenimiento de los vehículos. d) Se han reducido un 18% las bajas y absentismos laborales.

Conclusiones: La satisfacción del cliente interno ha repercutido, de forma altamente positiva en la producción, entendida como "trabajar más a gusto" y por repercusión directa el beneficiario final ha sido el usuario.

C-289

CONDICIONES PREVIAS PARA LA CALIDAD: EL PLAN "PERSEO" DEL SESCAM

J. Chacón, R. Peñálver, R. Gutiérrez, J.A. Ruiz, J. Fernández y M.T. Marín

Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). Servicios Centrales.

C-291

Palabras clave: Gestión de conflictos, Prevención, Protección.

Las organizaciones públicas, y en especial los Servicios de Salud, dada su compleja organización, las estrechas relaciones existentes entre trabajadores y usuarios, las propias características de la atención sanitaria y los cambios en la relación profesional sanitario/paciente, presentan un mayor riesgo de aparición de situaciones de conflicto, agresiones o actos de violencia entre usuarios y profesionales, entre ellos mismos, o contra los bienes y servicios de la organización. Unas condiciones básicas de seguridad y protección son esenciales para la correcta y adecuada prestación de unos servicios sanitarios de calidad. El Plan "PERSEO" del SESCAM, pretende optimizar la utilización de los recursos técnicos y humanos disponibles, con el fin de proteger y controlar con rapidez este tipo de situaciones.

Objetivos: prevenir situaciones de tensión y conflicto, proteger a los trabajadores, usuarios y los bienes y servicios del SESCAM, garantizando la atención y asistencia ante posibles incidentes. La creación de un Observatorio frente a la Violencia facilitará un seguimiento y análisis detallado de los mismos, permitiendo el establecimiento continuo de medios y medidas para la reducción de la violencia. Todo ello desde un enfoque integral, con base científica, elaborando mapas de riesgos e incorporando las mejoras precisas que requieran las insuficiencias detectadas.

Método: En la elaboración e implantación del Plan PERSEO participan los responsables de las diferentes áreas implicadas: Servicios Jurídicos, Prevención de Riesgos Laborales, Formación, Inspección Médica y Servicios de Atención al Usuario, encargándose de su elaboración y diseño de la estructura organizativa de los equipos encargados de su implantación y seguimiento. Resultado: el Plan representa una apuesta clara de toda la organización, para abordar, desde una perspectiva integral, el progresivo incremento de las situaciones de conflicto o violencia en el ámbito de los servicios sanitarios.

Conclusiones: El modelo EFQM aconseja que la organización fomente la concienciación e implicación de las personas de la organización en materias de higiene, seguridad y medioambiente. En este sentido, los objetivos específicos de este Plan pretenden conseguir una organización más segura y efectiva.

¿LA GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL INFUYE EN LA SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS?

J. Muñoz, L. Bacigalupe, M. Estébanez, F. Murua, R. Sánchez y P. Ruiz-de-Azúa
Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: Gestión de Calidad Total, Satisfacción, Personas.

Introducción: En Osakidetza/Svs (22.416 trabajadores) se realizan encuestas de clima laboral desde hace 4 años como área de mejora surgida tras las autoevaluaciones según el Modelo de Excelencia de la EFQM. En consonancia con los criterios 3 y 7 de este modelo, nuestra organización dispone de mediciones de los años 2000, 2002 y 2004.

Objetivos: 1. Cuantificar y comparar sistemáticamente el grado de satisfacción de las personas a partir de la medición directa de su percepción (13 factores). 2. Conocer si la GCT infiere en la satisfacción de las personas. 3. Buscar si existen diferencias significativas entre Organizaciones y Unidades que gestionan de forma sistemática la Calidad Total y aquellas que no lo hacen.

Metodología: 1. Análisis de los resultados del cuestionario (semiestructurado) autocumplimentado en toda la red. 2. Estudio comparativo de resultados de satisfacción entre Organizaciones en relación con la GCT. 3. Estudio comparativo de resultados de satisfacción entre Unidades en relación con la GCT.

Resultados: FACTORES SATISFACCIÓN Media entre 1-5 Cond. de Trabajo Reconoc. Retrib. PParticip. Com. Int. Percep. de la Dirección Satisfacción General HOSP. PSIQ. Y SME ÁLAVA 3,40 3,33 2,89 3,21 3,13 3,26 3,23 ((UNIDADES > IMPLICACIÓN) 3,47 3,43 3,28 3,42 3,25 3,52 3,43 (UNIDADES < IMPLICACIÓN) 3,27 2,62 2,89 2,70 2,86 2,68 2,87 MEDIA ORG. AVANZ. GCT (Q) 3,35 2,80 2,74 2,86 2,86 2,76 3,02 MEDIA ORG. MENOS AVANZ. 3,29 2,63 2,66 2,70 2,68 2,48 2,84 HOSPITAL X * 2,89 2,60 2,51 2,62 2,61 2,19 2,63 * Hospital X: Hospital cuya dirección ha expresado no estar interesada en la Gestión de la Calidad Total.

Conclusiones: 1. Existen diferencias pequeñas pero apreciables en las medias de satisfacción entre organizaciones más comprometidas con la GCT y las menos comprometidas o avanzadas. 2. Las diferencias en la mayoría de los factores de satisfacción se hacen más ostensibles cuando la comparación se realiza entre organizaciones avanzadas en la GCT (mayor satisfacción) y las menos avanzadas. 3. Las diferencias son también notables si se compara la satisfacción entre Unidades más implicadas o comprometidas con la GCT (mayor satisfacción) y las que empiezan a implicarse en la calidad. 4. Puede concluirse que la satisfacción de las personas de las unidades y organizaciones más avanzadas o implicadas con la GCT es mayor que en aquéllas unidades u organizaciones con menor nivel de implicación o avance en la GCT.

C-292

¿ES ÚTIL LA ENTREVISTA PERSONALIZADA EN EL SAU PARA DISMINUIR EL N.º DE RECLAMACIONES Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL?

M. Gálvez, C. Corrales, I. Barranco, M. Pavón y C. Orue
Hospital Virgen Macarena.

Palabras clave: Atención personalizada, SAU, Entrevista personalizada.

Objetivo: Demostrar que la atención personalizada, por personal cualificado del SAU, disminuye el número total de reclamaciones y aumenta la calidad asistencial percibida por el ciudadano.

Método: Durante el período comprendido desde 1 de noviembre de 2003 hasta 30 abril de 2004 y desde 1 de noviembre de 2004 a 30 de abril de 2005, se analizan el número de las reclamaciones interpuestas por los usuarios en el Hospital Virgen Macarena. La muestra se divide en dos grupos; *Grupo A:* Reclamaciones interpuestas en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2003 a 30 de abril de 2004 (seis meses) donde no se realizó atención personalizada. *Grupo B:* reclamaciones interpuestas en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2004 a 30 de abril de 2005 (seis meses) donde si se realizó atención personalizada.

Resultados: En el grupo A durante el período analizado se interpusieron un total de 885 reclamaciones definitivas. En el grupo B y en el mismo período, se interpusieron 1107 reclamaciones posibles, con 536 entrevistas personalizadas y un total de 571 reclamaciones definitivas. De las entrevistas realizadas en el período estudiado 8 no consiguieron la satisfacción del usuario, que decidió interponer la reclamación. Al realizar la atención personalizada en el grupo B por medio de la entrevista se disminuyeron 528 reclamaciones del total de 1107, luego la disminución del n.º de reclamaciones fue del 51,58% en el período evaluado.

Conclusiones: 1. La atención al usuario mediante la entrevista personalizada durante el período de tiempo estudiado ha disminuido en un 51,58% el n.º total de reclamaciones que se habrían interpuesto si no se hubiera realizado dicha entrevista personalizada. 2. La satisfacción percibida por el ciudadano mejora de forma clara cuando se realiza la entrevista personalizada, como demuestra el hecho de retirar la reclamación cuando se le presta una atención individualizada. 3. La entrevista personalizada es una herramienta útil para conocer las expectativas y necesidades del ciudadano en materia de salud y poder así mejorar nuestra atención al usuario.

C-293

TÉCNICAS DE OPTIMIZACIÓN DE LA URGENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿ES POSIBLE CONSENSUAR LA ATENCIÓN CON EL EQUIPO?

M. García-Ribes, R. Cebrecos, M. Trueba, V. Vega, A. Martín y G. Moreno
CS Cotoñino (Castro Urdiales).

Palabras clave: Primary care, Quality control, Emergency service.

Introducción: La coexistencia en tiempo y espacio de servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) con los equipos de primaria (EAP) provoca conflictos entre los profesionales que repercuten en la atención al paciente, precisando de nuevas formas de organización específica para mejorar la calidad asistencial.

Material y métodos: Para solucionar estos problemas en nuestro Centro de Salud (CS), desde hace un año mantenemos una Comisión de Calidad bimensual arbitrada por la gerencia y formada por un presidente, un secretario y miembros de personal sanitario y administrativo de ambos equipos. Su misión es detectar los principales problemas de funcionamiento mediante encuestas a trabajadores y usuarios y establecer soluciones al respecto.

Resultados: Inicialmente, los principales problemas detectados fueron la falta de unificación de criterios para la atención de pacientes entre EAP y SUAP, y la existencia de listas de espera en el EAP lo que provocaba que el SUAP viera muchos pacientes no urgentes. Como solución, se ha elaborado un "Protocolo original de actuación en la atención médica a la población" que abarca citación, asistencia en el centro, avisos telefónicos y a domicilio, y atención pediátrica. Este protocolo lleva varios meses en funcionamiento con una reducción significativa de los conflictos.

Conclusiones: Las Comisiones de Calidad como mecanismo de organización interna en los CS resultan de gran utilidad siempre que sean arbitradas por la gerencia. En estas comisiones, es necesaria la participación de personal sanitario y administrativo. De esta forma, el consenso entre el EAP y el SUAP en nuestro CS ha sido posible.

C-294

EL PUNTO DÉBIL: RESULTADOS EN LAS PERSONAS. CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DEL PERSONAL DEL HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA

J.I. Barrasa, E. Altarribas, D. Júdez, R. Mareca y S. Celya
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza.

Palabras clave: Satisfacción Profesional, EFQM.

Objetivo: Conocer la calidad de vida profesional (CVP) percibida por los trabajadores del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza e identificar las principales áreas de mejora. Surge como un Área de Mejora clave tras la autoevaluación EFQM-2003.

Material y método: Encuesta anónima autoadministrada a todo el personal en nómina del HCU (3.744 personas). Se utilizó el cuestionario CVP-35 que consta de 35 ítems valorados entre 1-10. La hipótesis del cuestionario es que la CVP es un equilibrio entre las demandas del puesto (12 ítems) y los recursos personales (10 ítems) y organizativos (12 ítems) para afrontarlas. Se hace un análisis descriptivo de las respuestas.

Resultados: Encuestas recibidas: 972. Tasa de respuesta: 25,8%. Antigüedad media: $16,3 \pm 9,7$ años. Fijos: 64%. Edad: 70% entre 35 y 54 años. Médicos: 18,6%. Enfermeras: 57,4%; otros 24%. Valoración media (sobre 10) de las Demandas del puesto: $6,7 \pm 1,2$. Los ítems con puntuación más alta: cantidad de trabajo ($8,27 \pm 1,3$), prisas y agobios para hacer el trabajo ($7,5 \pm 2,1$) y estrés ($7,6 \pm 2,2$). Valoración de Recursos personales: $7,3 \pm 0,9$ sobre todo apoyo familiar ($8,3 \pm 1,9$), capacitación ($8,7 \pm 1,9$), conciencia de importancia del trabajo ($8,5 \pm 1,8$) y orgullo del trabajo ($7,6 \pm 2,2$). Valoración de Recursos organizativos: $4,3 \pm 1,1$; sus peores ítems: reconocimiento ($3,5 \pm 2,2$), posibilidad de promoción ($2,8 \pm 2,2$), la empresa se trata de mejorar mi CVP ($3,14 \pm 2$) y recibo información de los resultados de mi trabajo ($3,4 \pm 2,4$). En conjunto la CVP media fue de $4,6 \pm 2,2$ sobre 10, sin diferencias significativas por edad, sexo o profesión. Pocos creen que la encuesta vaya a servir para mejorar ($3,5 \pm 2,2$), aunque el sentimiento de orgullo de pertenecer al hospital es apreciable ($6,9 \pm 2,3$). Se han reunido 60 folios de texto de los comentarios anotados libremente en las encuestas.

Conclusiones: El personal se siente capacitado, motivado, identificado con la Institución en la que trabaja y con buenos recursos propios para afrontar su trabajo, pero percibe que las demandas del puesto son muy altas (cargas, prisas y estrés), que los apoyos organizativos (reconocimiento, promoción, escucha e información) para mejorar su CVP son escasos y desconfía de que se vaya a hacer algo para solucionar esta situación. Se han puesto en marcha medidas para escuchar propuestas (sugerencias y reclamaciones), para establecer un sistema normalizado de reconocimiento y se está implantando un Plan de Comunicación para tratar de mejorar estos resultados.

DESARROLLO SISTEMA INCENTIVACIÓN ECONÓMICA**INTRA EQUIPO EN ÁREA 8 DE ATENCIÓN PRIMARIA**

M. Barba, A. Miquel, J. Mayol, I. Cornejo, M.L. Galiano
y M. Alonso

Gerencia Área 8 Atención Primaria. Madrid.

C-296

Palabras clave: Incentivación, Grupo de mejora, Participación.

Introducción: Reparto de incentivos económicos intraequipo en AP es muy variable; desde reparto lineal/categorías hasta individuales según cumplimiento de objetivos específicos.

Objetivos: Desarrollar un sistema incentivación económica individual según cumplimiento de objetivos por categoría, unificado y consensuado. Definir un modelo de referencia incentivación intraequipo. Diseñar un documento específico por categoría con criterios objetivos, medibles y válidos. Desarrollar una dinámica de participación de los profesionales en el ámbito de la incentivación. Llegar al consenso entre las partes implicadas.

Metodología: Proyecto de mejora de la incentivación del Área con los elementos: Constitución de grupo de mejora con: profesionales de Gerencia y de los Equipos con interés en participar; y representación de todas las categorías. Análisis de la situación. Planteamiento de objetivos. Identificación de situaciones mejorables y líneas de mejora. Fase de consenso. Diseño criterios de incentivación individual y ponderación. Difusión y aprobación por los órganos competentes e implantación documento.

Resultados: El grupo definitivo, formado por 6 Profesionales Dirección Gerencia y 12 de Equipos, desarrollaron los criterios a evaluar para las distintas categorías. Los criterios seleccionados y ponderación serán presentados en el congreso. Ejemplo: ODONT. Cartera de servicios 40 Indicadores asistenciales 20 Uso racional del medicamento 20 Docencia e investigación 10 Otros indicadores 10 MF/PED Cartera de servicios 40 Uso racional del medicamento 20 Otros indicadores 20 Docencia e investigación 20 Aprobación por consenso del grupo de mejora de los documentos. Presentación a Comisión local incentivos Área y Consejo de Gestión para su aprobación.

Conclusiones: Es posible la elaboración de un documento de incentivación económica individual con implicación de los profesionales y el liderazgo de Gerencia. La dinámica de consenso es fundamental en la generación de un documento de estas características. La implicación de todos en su elaboración puede ayudar a la aceptabilidad e implementación de los criterios. El documento sirve como marco de referencia para los Equipos. El proceso ha permitido establecer las bases para impulsar la política de incentivación en los equipos Atención Primaria.

MESA 38**Accesibilidad (II)****¿INFLUYE EL DISTRITO SANITARIO DE RESIDENCIA EN EL ESTADIAJE DEL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA?**

A.I. López, C.Y. Fuentes, A.I. Rodríguez, M. Pilas, C. González y P. Ruiz
Hospital Universitario 12 de Octubre.

C-297

Palabras clave: Cáncer, mama, estadiaje.

Objetivo: Analizar el estadio en el que se diagnostica el cáncer de mama en nuestra área. Valorar si hay diferencias en el estadiaje del diagnóstico entre distritos sanitarios. Analizar la existencia de diferencias en la edad en el momento del diagnóstico entre los distritos.

Método: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. *Población de estudio:* mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en un hospital universitario de 3º nivel durante el período comprendido de enero de 1999 a 30 de diciembre de 2003. Todas las pacientes incluidas en el estudio residen en los distritos del área que tienen como hospital de referencia nuestro centro. *Fuente de información:* registro de tumores del hospital. *Variables de estudio:* edad, estadio del tumor al diagnóstico y distrito sanitario de procedencia de la paciente. Análisis estadístico con paquete SPSS versión 12.

Resultados: De las 1057 mujeres estudiadas, el 51% se diagnosticó en un estadio de tumor localizado; el 31,8% estadio regional; 10,6% estadio in situ y 5% estadio diseminado. La media de edad al diagnóstico fue de 60,10 años (DE: 13,85). Si evaluamos los estadios de cáncer de mama al diagnóstico por los distintos distritos observamos que más del 60% en cada uno de ellos fue in situ y/o localizado. El diagnóstico en estadio regional, tuvo un máximo en el distrito dos con un 35,9% y un mínimo en el distrito tres con un 27,3%, mientras que el estadio diseminado se diagnosticó con mayor frecuencia en el distrito tres con 6,2% y con menor frecuencia en el distrito dos con 3,6%. Estas diferencias observadas en el estadiaje del cáncer de mama por distritos no fueron estadísticamente significativas. La media de edad al diagnóstico por distritos osciló entre 57,36 y 61,21 años. La diferencia de edad fue estadísticamente significativa entre el distrito uno y cuatro ($p = 0,014$).

Conclusiones: La mayoría de los cánceres de mama en las mujeres de nuestra área de salud se diagnostican en estadio in situ/localizado. No hay diferencias en el estadio al diagnóstico entre nuestros distritos sanitarios. Deberían hacerse esfuerzos para lograr un mayor despistaje precoz del cáncer de mama en nuestra área de salud.

ANÁLISIS DE CAUSAS DE DEMORA EN CONSULTAS

A. Hernando, B. Alegria, D. Oyarzabal, E. Lezama, M.V. Larrañaga e I. García
Hospital Donostia.

Palabras clave: Causas, demoras, consultas.

Objetivo: La Consulta Externa es un proceso clave del hospital, siendo además el más frecuente. Hace unos años, se planteó como objetivo sistematizar su gestión a través de la implantación de la Norma ISO 9001:2000. La certificación del proceso se logró en mayo de 2004. El mayor problema en este proceso es la accesibilidad, es decir, la demora para primera consulta, por lo que uno de los principales objetivos es disminuir dicha demora previo análisis de las causas.

Métodos: Segmentación de la demora en tres tiempos: T1. Diferencia entre fecha de solicitud y fecha de recepción en Admisión de Consultas Externas (CCEE). T2. Diferencia entre fecha de recepción y fecha de registro de la cita (tiempo de valoración, que se emplea para asignar prioridad y consultor). T3. Diferencia entre fecha de registro de cita y fecha en que el paciente acude a la consulta. Análisis de Servicios con demora media para 1ª consulta superior o igual 9 días naturales en T1 y T2. Estudio descriptivo retrospectivo de Historias Clínicas de pacientes con demora: superior o igual a 30 días entre solicitud y recepción y/o superior o igual a 15 días entre recepción y registro de fecha de cita. De este modo conocemos en qué paso del proceso se producen las demoras. Estos datos se analizan periódicamente, por el equipo de trabajo de CCEE, que adopta las medidas oportunas en cada caso.

Resultados: La media de subespecialidades analizadas mensualmente desde enero de 2004 hasta abril de 2005 ha sido de 46. El nº de subespecialidades cuya demora del T1 es superior o igual a 9 días naturales oscila entre 0 en julio de 2004 y 10 en enero del mismo año, siendo la media de 2 ó 3 subespecialidades/mes. El porcentaje de subespecialidades cuyo T2 es superior o igual a 9 días naturales oscila entre el 61,9% en enero de 2004 y el 96% en mayo del mismo año, siendo la media el 86%. En la 1ª revisión de HHCC, se observó que la demora del T1, sólo era real en el 33,3% de los casos; en el 29,2% no se encontró el documento de derivación. De los pacientes revisados cuya demora del T2 era superior a 15 días, se identificó que en el 72,7%, había un problema de registro de fechas, siendo la demora real sólo para el 17,35%. En la 2ª revisión del T2, se observa que los defectos de registro han descendido al 5,4%, siendo la demora real para el 43%; ha disminuido también un 43% el nº total de pacientes con demora del T2 superior o igual 15 días.

Conclusiones: La segmentación de la demora sirve para conocer en qué paso del proceso se produce. Las causas de las demoras son muy diferentes para unos y otros servicios. El registro adecuado es imprescindible para tomar la decisión adecuada.

C-298

ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL. GRADUACIÓN ASISTENCIAL

J. Roca-Guiseris, S. Hernández-Fornielles, A. Tello-Ochoa, M. Escobar-Mora, D. Quijano-Lombardo y E. Gea-Expósito
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Palabras clave: Estancia-graduación asistencial-alta frecuente.

Objetivo: Dar respuesta a la sobredemanda de ingresos invernales de pacientes con patologías médicas en las áreas de hospitalización.

Métodos: Como estrategia del Plan de Alta Frecuentación del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias se planteó la creación de una Unidad de Corta Estancia "UCE" de 7 camas en el Área de Urgencias Generales del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, que funcionó del 16-12-03 A 31-3-04. La UCE se planteó con dos criterios organizativos, uno como tal corta estancia y alta a domicilio y Hospital de crónicos y otro como Unidad Preingreso Médica "UPM" (pacientes subsidiarios de ingreso hospitalario sin posibilidad de camas sobretodo por la noche). La UCE se plantea con un Manual de Normas y Procedimientos, se elaboran vías clínicas de los procesos más frecuentes, se fijan criterios de ingreso y alta (Índice de Barthel), se formulan objetivos específicos a alcanzar y se realizan mecanismos de autoevaluación.

Resultados: 1. Elaboración de 10 vías clínicas: Hipernatremia, Hipertotasemia, Hiponatremia, Hipotasemia, Diverticulitis no Complicada, Gastroenteritis, Rectorragia, Neumonía adquirida en la comunidad, Tromboembolismo Pulmonar, Adecuación de cuidados al final de la vida. 2. Pacientes ingresados 188, Edad Media: 68,4 (14 - 94), Índice de Barthel Medio: 87,4 (5 - 100). Estancia Media: 2,57, % Ocupación: 64,5. Altas a domicilio: 64%. Reingresos: 0. 3. Patologías atendidas: Renal y Urológica (16), Cardiopatía Isquémica (4), Insuficiencia cardíaca (17), Insuficiencia Cardiorrespiratoria (4), EPOC descompensado (26), Infección respiratoria no condensante (37), Neumonías (21), Otros procesos respiratorios (23), Tromboembolismo Pulmonar (8), Digestivo (14), Alteraciones metabólicas (10), Miscelánea (8). 4. Neumonías 21: FINE 1 (casos 2), FINE 2 (5), FINE 3 (4), FINE 4 (9), FINE 5 (1) Se describen pormenorizadamente los destinos y los resultados por separado de UCE y UPM.

Conclusiones: Las estrategias de graduación asistencial con modelos organizativos distintos a la hospitalización convencional, pueden ayudar a reducir la sobrecarga asistencial e los períodos invernales. Su funcionamiento con normas y procedimientos facilita la consecución de objetivos.

C-299

LAS RECLAMACIONES Y MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A PARTIR DEL DECRETO 96/04

J. Rodríguez, F. Díaz, D. Quintero, A. Acero y L. García
Hospital de Jerez.

Palabras clave: Reclamaciones, accesibilidad, decreto 96/04.

Objetivos: Analizar las reclamaciones recibidas a lo largo de dos semestres equivalentes en dos años en el Hospital de Jerez para valorar el impacto que sobre estas ha tenido la puesta en marcha de las medidas de gestión aplicadas en el centro para la mejora de la accesibilidad en procesos asistenciales primeras consultas, y pruebas diagnósticas.

Método: El diseño es observacional, descriptivo, no experimental y transversal. La unidad de análisis, se centra en las reclamaciones recibidas en el centro. Siendo el objeto de estudio las causas generadoras de quejas en relación a la accesibilidad de consultas externas, pruebas diagnósticas y procesos asistenciales. Se analizan dos semestres equivalentes de 1 Abril a 30 de Septiembre en los años 2004 y 2005, antes y después de la entrada en vigor del Decreto 96/04 que ha marcado las mejoras claras en materia de accesibilidad. La población diana se compone de pacientes y familiares que han realizado queja o sugerencia en el Libro Oficial de Sugerencias y Reclamaciones en los períodos de estudio. Se valoran los motivos relacionados con las demoras y su variación a partir de del 1 de Abril del 2005. Se utiliza la aplicación informática SPSS.

Resultado: El número de reclamaciones es elevado en el centro, manteniéndose en ambos períodos. A pesar de no haber concluido el segundo período de estudio, los resultados parciales analizados señalan una clara modificación de la proporción de reclamaciones originadas por la accesibilidad, sobre todo en pruebas diagnósticas. En consultas externas se ha mantenido una alta tasa de reclamación, debido a que el motivo se relaciona a consultas de revisión no a primeras consultas. La accesibilidad a los procesos no es valorada por los reclamantes.

Conclusiones: La accesibilidad es la causa más elevada de reclamaciones en el Hospital de Jerez, las medidas adoptadas en esta área tienen un impacto directo en las quejas de los usuarios, siendo el registro de estas una adecuada herramienta para valorar la evolución de las percepciones de la población.

C-300

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE EL INCUMPLIMIENTO A LAS CITAS EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS

J.M. Ibarra, P. Antón, F. Leyn, R. Mora, C. Torres y F. Fernández
Hospital General Universitari d'Elx.

Palabras clave: Consulta externa, incumplimiento a citas.

Objetivos: Conocer el grado de incumplimiento a las citas (primeras visitas) de consultas externas especializadas en 5 Servicios de un Centro de Especialidades en un Departamento de Salud de 271.106 habitantes. Aumentar la efectividad de las consultas externas al disminuir el número de pacientes no presentados a la cita concertada.

Material y método: Estudio pre-post sin grupo control para valorar el impacto de una intervención administrativa, consistente en llamadas telefónicas de recuerdo durante un mes a los pacientes citados, con el fin de confirmar la asistencia a la cita concertada en las especialidades de Urología, Medicina Digestiva, Cardiología, Ginecología y Dermatología. En el período previo (año 2004) se calcularon las frecuencias de incumplimiento de citas de estas especialidades. En el período de intervención cuando se confirmaba la no asistencia la cita se asignaba a otro paciente con solicitud preferente. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Epiinfo Versión 6, empleándose medidas de centralización y dispersión para variables cualitativas y distribución de frecuencias para variables cuantitativas. Se calcularon los IC95% de las proporciones.

Resultados: El incumplimiento global de los pacientes a las citas durante el período previo fue del 15% y la distribución de las mismas fue del 16,5% en Dermatología, 16,9% en Ginecología, 10,7% en Cardiología, 13,4% en Medicina Digestiva y de un 12,1% en Urología. Durante el mes de intervención se realizaron 3.902 llamadas telefónicas a 3.255 pacientes (1,2 llamadas por cita), lográndose contactar con el 50% de los mismos. Se consiguió recuperar 405 citas (12,5% del total), de las cuales en 152 habían manifestado la intención de no acudir y en 253 los pacientes no recordaban cuando tenían la cita.

Conclusiones: 1. En el período previo, el grado de incumplimiento a las citas en consulta fue del 15% en las especialidades estudiadas. 2. La intervención realizada (llamada telefónica) ha resultado efectiva en la recuperación de las citas de hasta un 12,5%. 3. La intervención aumenta la accesibilidad ya que las citas confirmadas de no asistencia fueron asignadas a otros pacientes. 4. Esta intervención podría influir, lógicamente, en la disminución de la demora estructural de las primeras visitas. Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

C-301

ACCESIBILIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD. BARRERAS ESTÉTICAS Y OTROS OBSTÁCULOS

M. García-Ribes, M.C. Magdalena, R. Acedera, M. Andres y J. Castillo
CS Cotelino (Castro Urdiales).

C-302

Palabras clave: Ergonomics, primary care, community health centres.

Objetivos: En el Año Europeo de la Discapacidad consideramos interesante revisar la accesibilidad de los Centros de Salud (CS) de nuestra área valorando si las nuevas propuestas en diseño arquitectónico se corresponden con una mejoría en la ergonomía de acceso para una población de edad avanzada y con mas limitaciones de desplazamiento, así como en la población discapacitada y/o con necesidades especiales de transporte.

Metodología: Se valoró la accesibilidad y ergonomía de los 24 CS del CAP-1 (Santander-Laredo) mediante encuesta que valora 19 ítems que incluyen distribución del CS, acceso de vehículos y personas, así como la existencia de barreras arquitectónicas.

Resultados: De los CS visitados, ninguno cumple totalmente con todos los criterios de accesibilidad analizados. Solo un 54% cuentan con rampa de acceso y en un 24% hay consultas solo accesibles mediante escaleras. Los vehículos solo pueden acceder hasta la puerta en un 62% y, una vez en el interior, un 30% presentan pasillos no practicables para sillas y camillas. Finalmente, los CS más modernos no se corresponden con las mejores puntuaciones en nuestra escala de accesibilidad.

Conclusiones: Si bien la mayor parte de los CS de nuestra comunidad no cuenta con una buena ergonomía de acceso, los diseños arquitectónicos de los CS de reciente construcción tampoco parecen tener en cuenta los criterios de accesibilidad de personas y vehículos. En muchas ocasiones, son las innovaciones en la construcción las que las hace impracticables para ambos. En el diseño de nuevos CS debe de primar el sentido práctico sobre el estético.

LA PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA: UN PASO MÁS EN LA ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS AL USUARIO

A. Navarro, P. Barroso y N. González
Distrito Levante Alto Almanzora – Almería.

C-304

Palabras clave: Cuidado. Domicilio. Material ortoprotésico.

Objetivo: Con motivo del Plan de Apoyo a las Familias se asignó material ortoprotésico a los Distritos para mejorar el cuidado de las personas atendidas en el domicilio. El objetivo planteado es conocer si se han cubierto las necesidades demandadas por la población en material ortoprotésico en el período 2003-2004.

Métodos: *Tipo de Estudio:* Observacional descriptivo. *Fuentes de Información:* Ficha de solicitud de material, albarán de entrega de material y albarán de recogida. El procedimiento establece la prestación del material tras una valoración sociosanitaria y la devolución del mismo cuando finaliza el proceso por el que ha sido asignado, comunicándolo a enfermería para proceder a su recogida.

Resultados: Las solicitudes realizadas han sido de: 9 grúas, 188 colchones, 42 cojines antiescaras, 91 camas, 2 aspiradores, 12 andadores, 18 barandillas, 17 protectores de talón, 6 pastilleros y 3 sillas de ducha. Se han cubierto las peticiones en el 44,4% de las solicitudes de grúas, en el 96,8% de colchones, 95,2% de cojines, 82,3% de camas articuladas y protectores de talón, 83,3% de andadores, 67% de barandillas, 100% de aspiradores, pastilleros y sillas de ducha. El mayor número de asignaciones se ha realizado para mujeres (56%). Los tiempos de utilización han oscilado entre 1 día y 27 meses. En 76 casos (20,5%) se ha devuelto el material: 2 grúas, 42 colchones, 5 cojines, 22 camas, 1 aspirador, 1 andador, 2 barandillas, 1 protector de talón. La media de rotación de material es de dos. El motivo principal de devolución ha sido por éxito en 59 casos (77,6%) y en 12 casos no se ha llegado a realizar la prestación por este motivo.

Conclusiones: Se considera que se ha mejorado la accesibilidad a este tipo de prestación, al haberse cubierto la mayor parte de la demanda realizada. Es importante insistir a la familia que comuniquen cuando deja de ser necesario el material para recogerlo y proceder a su reutilización. Como aspectos a mejorar se ha planteado: visita domiciliaria para reevaluación de la necesidad cada 6 meses y creación de una comisión de recuperación de material en cada ZBS.

ESTUDIO SOBRE LA ACCESIBILIDAD DURANTE EL PROCESO DE PETICIÓN DE ASISTENCIA EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA

J. Amaro, R. Plá, C. Repeto y S. Ferrer
Gerencia A.P. Área 1.

C-303

Palabras clave: Accesibilidad citación asistencia.

Objetivo: Evaluar la accesibilidad del usuario relacionada con la solicitud de asistencia sanitaria (cita en consulta) de facultativo, a través del medio telefónico, en cada uno de los EAP del Área 1 de Madrid.

Material y métodos: Estudio Financiado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid dentro del Programa "Plan Vallecas" Estudio descriptivo transversal. La población a estudio son los 30 Equipos de Atención Primaria del Área 1. El tamaño muestral es de 210 solicitudes de cita por cada EAP (alfa 5%, precisión 6%). La selección de los usuarios se realiza mediante muestreo aleatorio sistemático del total de usuarios adscritos al EAP, a partir de la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria. El número de usuarios de M.F y pediatra se realiza de forma proporcional a la población existente de MF y Pediatría de cada EAP. *Recogida de información:* Entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI), con entrevistadoras adiestradas, que recoge tanto intentos de llamada (no contesta, comunica), como llamadas efectivas (contestan). *Variables de estudio:* Llamada fallida (5 intentos fallidos), llamada efectiva, Petición de cita (Obtenemos cita en 24 h, No obtenemos cita en 24 h a pesar de insistir, nos dicen que vayamos al Centro, Nos pasan con facultativo, otras) y Nº medio de tonos antes de descolgar.

Resultados: Área: Intentos cita realizados: 6145, Llamadas fallida (no contactamos) 8,7%; llamada efectiva: 91,3%. Obtenemos cita en 24 h: 83,7%; No obtenemos cita en 24 H a pesar de insistir: 7,6%. Los datos por EAP se están procesando actualmente.

Conclusiones: Los datos de Área indican pocas dificultades para conectar telefónicamente con el Centro de Salud, consiguiéndose en el 91,3 de los casos, antes del quinto intento. Es necesario mejorar el 16,3% de usuarios que se quedan sin que les faciliten una hora de cita en las 24h siguientes a su intento de cita. Es de suponer que estos usuarios que no consiguen conectar con el Centro de Salud (8,7%) o no le dan hora de cita en las 24h posteriores a su llamada, aún insistiendo (7,6%), acabaran buscando alternativas como personarse en el Centro de Salud o acudir a urgencias para ser atendidos.

MESA 39

Sistemas de información (IV) / Gestión del riesgo (II)

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS:

IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN A PARTIR DEL CMBD

M.D. del Pino, J.I. García-Montero, C. Aibar, I. Barrasa,

R. Mareca y D. Júdez

Hospitales Clínicos Universitarios Lozano Blesa de Zaragoza.

Palabras clave: CMBD, Efectos-Adversos, Medicación.

Se pretende analizar el Conjunto Mínimo Básico de Datos de hospitalización (CMBDH) para cuantificar y clasificar los Efectos Adversos causados por fármacos y sustancias medicamentosas y biológicas en su empleo terapéutico (CIE-9-MC: E930-E949), así como estudiar su evolución en los últimos cinco años.

Material y método: A partir del CMBDH de los años 2000 a 2004, obtenido de la codificación de los informes de alta del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, se identificaron los "Efectos Adversos asociados a fármaco correcto debidamente administrado" (EAs) agrupados por su correspondiente categoría CIE-9-MC (E930 a E949). Durante todo el período de estudio el porcentaje de episodios de alta codificados alcanza el 99% e incluso llega al 100%. Se analizan los EAs identificados de forma global y en cada categoría a lo largo del período comparando las siguientes variables: Número total y por Servicio de alta, Estancia Media y Edad Media de los pacientes.

Resultados: El análisis de los datos obtenidos para todo el período muestra un porcentaje global en torno al 3,5% de EAs asociados a la medicación, que permanece casi constante a lo largo de los diferentes años (valor más bajo en el 2000 con un 2,95%; valor más alto en el 2004 con un 3,94%), sin que se haya encontrado diferencias estadísticamente significativas. Los grupos farmacológicos con mayor número de EAs son el E933 Agentes cuya acción es primariamente general, E942 Agentes que afectan primordialmente al sistema cardiovascular, E935 Analgésicos antipiréticos y anti-irreumáticos, E932 Hormonas y sustitutos sintéticos y E934 Agentes que afectan primordialmente a los componentes de la sangre, por orden de frecuencia, de forma que concentran más del 70% del total de EAs identificados (los tres primeros suponen más del 50%). No se observan diferencias en cuanto a la edad media de los pacientes que han presentado algún tipo de EA con respecto a la del global de pacientes atendidos en el período. Por el contrario, sí se encuentran diferencias en cuanto a la Estancia Media de los episodios con EA (en torno a los 16 días) en relación con el dato global (en torno a 9 días).

Discusión y conclusiones: El análisis de los EAs relacionados con la medicación a partir del CMBD puede ser una forma rápida y fiable de cuantificarlos y analizarlos, al menos en aquellos casos en que se pueda confirmar la adecuada cumplimentación y codificación de los informes de alta.

MONITORIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA: UNA MEJORA EN LA GESTIÓN

P. Vernet, R.M. Tomás y L.I. Colomés
GRUP SAGESSA.

C-305

Palabras clave: Prescripción farmacéutica, indicadores cualitativo. **Objetivo:** Diseñar, desarrollar e implantar un sistema de información ágil y autónomo para monitorizar los objetivos de calidad de prescripción de CatSalut asociados a riesgo económico, con el fin de facilitar la gestión y la toma de decisiones tanto en APS como en hospitales de nuestra organización. **Material y métodos:** Obtenemos mensualmente los siguientes datos de la web del CatSalut: a) Vademécum de productos; b) ficheros "450A", a nivel de UP, médico prescriptor y producto; c) Ficheros "750N" a nivel de UP, médico prescriptor, producto y paciente. Criterios de cálculo de indicadores: obtenidos de la Región Sanitaria (RS) respectiva. Formatos de salida: definidos conjuntamente con los directores de los centros. Para el tratamiento de los datos se ha diseñado y desarrollado un aplicativo automatizado en Access que exporta a Excel la presentación requerida.

Resultados: Los formatos de salida son en tabla dinámica, dotando a los usuarios de flexibilidad y autonomía para agrupar los datos según sus necesidades. Se publica por dos vías: Intranet corporativa (sin detalle de prescriptor). E-mail a los directores de centro y gerentes (con detalle de prescriptor). Éstos los distribuyen a los jefes de servicio y facultativos de APS. Se presentarán resultados en los indicadores de calidad de prescripción producidos por la utilización de esta información en la gestión clínica de los centros en el año en curso.

Conclusiones: El sistema de información resultante ha proporcionado autonomía y flexibilidad a los usuarios para el seguimiento de los indicadores de prescripción. El sistema: Está disponible a las 24 horas de la recepción de los datos. Proporciona información a nivel de profesional, nivel que la RS no explota. Permite atender cualquier necesidad de información puntual, incluida información a nivel de paciente. Permite efectuar estudios. Permite explotar información a nivel de usuario, incluso relacionar prescripción con diagnósticos en el caso de AP. Estos aspectos dotan de una ventaja competitiva a nuestro grupo respecto aquellos centros que no disponen de ello, o que dependen de algún organismo externo para su disponibilidad.

NUEVAS FORMAS DE DESARROLLAR PROCESOS DE ACREDITACIÓN UTILIZANDO LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

B. Buiza, B. Jiménez, G. López, J.M. Ríos, V. Reyes y S. Almazán
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

C-307

Palabras clave: Sistemas de información, acreditación, calidad.

Objetivo: El uso de las nuevas tecnologías de información se ha convertido en las últimas décadas en uno de los principales factores de productividad, innovación y diferenciación competitiva de las organizaciones en las sociedades modernas. La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía apuesta por la adopción de nuevas formas de gestión con alto componente tecnológico que facilitan la actividad de acreditación en el ámbito sanitario. En la actualidad ha adoptado cuatro aplicaciones web como entorno de trabajo y tres más de formación de sus profesionales, todas estas bajo la denominación de ME_jora, impulsan la mejora continua del Sistema Sanitario de Andalucía. El objetivo de esta comunicación es analizar el uso y los beneficios derivados de la adopción del modelo de organización de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en términos de accesibilidad, implantación del teletrabajo, gestión del tiempo y percepción del modelo de gestión.

Método: Tomando como fuente el registro de información de uso de las distintas aplicaciones y resultados de encuestas de evaluación, desde la perspectiva de los profesionales de la Agencia y de los clientes, se proponen indicadores que dan respuesta a las dimensiones de análisis planteadas. Los indicadores son cuantificados con carácter temporal desde el año 2003 hasta la fecha, para los diferentes entornos de trabajo.

Resultados: ME_jora elimina barreras temporales y geográficas en el proceso de acreditación y así se refleja en los indicadores de accesibilidad evaluados, no hay límites de horarios ni de conexión en su uso. Facilita el teletrabajo como nueva forma de organización colaborando en el avance y desarrollo del Modelo de Acreditación. Favorece la comunicación inter-centro y externa, entre la Agencia y el cliente, proporcionando un canal permanente durante todo el proceso de acreditación. La experiencia en la acreditación se refleja en la disminución de los tiempos de acreditación, optimizados por el uso de las tecnologías en entorno web frente a formas tradicionales de trabajo. La percepción de las personas que trabajan con ME_jora refleja igualmente elevados niveles de satisfacción.

Conclusiones: La aplicación de nuevas tecnologías en los procesos de acreditación contribuye a una mejora sustancial en términos de eficacia y eficiencia en la gestión de los procesos de acreditación, facilita la comunicación y la difusión del conocimiento, impulsando el Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía.

DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO EN ENTORNO WEB – ME_JORA

B. Jiménez, G. López, J. Ríos, J. Toledo y S. Almazán
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

C-308

Palabras clave: Gestión del conocimiento, teletrabajo.

Objetivo: Describir una de las herramientas colaborativas de trabajo on-line (ME_jora – Grupos de Trabajo) utilizadas en el diseño de los programas de acreditación.

Método: Para su diseño se ha partido del análisis pormenorizado del ámbito a automatizar y la especificación de requerimientos de los usuarios finales de la aplicación mediante técnicas de entrevista semi-estructurada. Como metodología de desarrollo se ha seguido el ciclo de vida en espiral definida por Boehm.

Resultados: La aplicación ME_jora – Grupos de trabajo ofrece herramientas colaborativas de trabajo en entorno web, que potencian la participación de todos y facilita la gestión de la información asociada a actividades donde intervienen múltiples profesionales. Entre las entidades de información que permite gestionar están: Objetivos del grupo. Miembros del grupo. Foro de comunicación con confirmaciones de lectura sobre los mensajes. Convocatorias de reuniones, información a tratar, actas, avisos y confirmaciones. Documentos generados por el grupo. Bibliografía/documentos utilizados en el desarrollo del trabajo. Actualmente la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía utiliza la aplicación en 19 comités/grupos de trabajo como canal de comunicación y gestor de información integrado.

Conclusiones: El uso de las nuevas tecnologías de Internet en las actividades en que participan múltiples profesionales distantes (comisiones, comités, grupos de trabajo etc), mejora el desarrollo de las mismas, aumentando la coordinación de los miembros del grupo o comité, mejorando la gestión de la información-conocimiento que se genera y facilitando su difusión.

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE CALIDAD DE LA GESTIÓN MEDIOAMBIENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. González-Lombide, A. Retes-Saratxaga, I. Lapuente-Heppe, J.M. San-Román y M.J. Peña-Suárez
Osakidetza – Comarca Gipuzkoa Ekiadle.

C-309

Palabras clave: Calidad medioambiente primaria.

Introducción: En la Comarca Gipuzkoa Ekiadle, que basa su gestión en el Modelo EFQM de Excelencia y pertenece al Club 400 desde 2003, la Gestión Medioambiental (GMA) es uno de los Subprocesos del Proceso de Apoyo 'Gestión de Edificios, Equipos y Materiales'. En la evaluación externa 2003 (criterios 4 y 8) y en el REDER anual del subproceso dicha gestión fue identificada como área de mejora, por ello hemos puesto en marcha un proyecto para implantar un sistema de calidad de GMA en una organización extensa y dispersa.

Objetivos: Gestionar los recursos escasos y controlar los residuos producidos mediante: 1. Prevención de la Contaminación (Reducir, Eliminar y Controlar). 2. Cumplimiento de la legislación medioambiental. 3. Mejora Continua.

Métodología: Se crea un Grupo de Trabajo y una Comisión Medioambiental (Seguimiento y Control) para identificar: a) Aspectos de nuestra actividad con influencia medioambiental, su evaluación y priorización. b) Requisitos Legales relacionados con el medioambiente. **Planificar:** a) Objetivos SMART. b) Programas de actuación. **Desarrollar acciones para:** a) Redefinir el sistema. b) Designar responsables. c) Comunicar y Formar. d) Establecer sistemas de control de: Documentación y registros; Operaciones; Proveedores; Mantenimientos (edificios e instalaciones). e) Permitir su Seguimiento y Medición. Realizar la Revisión y Mejora a través de: Medición de indicadores y objetivos (consumos de bienes escasos, gestión de residuos producidos, cumplimiento de normativa), Auditorías internas; Detección de incidencias; Acciones preventivas y correctoras.

Resultados: Sensibilización de los profesionales para el cuidado del medioambiente en el día a día. Recogida selectiva y tratamiento por gestores autorizados de todos los residuos generados (Sanitarios, Cartón, Papel, Celulosa, Peligrosos: tóner, pilas, fluorescentes, envases, líquidos reveladores y fijadores; obras y mobiliarios). Control de consumos de bienes escasos (Mantenimiento y adecuación de instalaciones y sensibilización de profesionales). Ajuste a normativa de las instalaciones de los centros.

Conclusiones: Su implantación nos ha permitido: 1) Avanzar en el Modelo de la Excelencia en áreas hasta ahora infravaloradas. 2) Actuar sistemáticamente con herramientas y sistemas de control facilitadores de la gestión preventiva y correctiva en esta área. Los obstáculos encontrados se han debido a: La dificultad para adecuarnos a la normativa vigente en algunos aspectos (licencias...) y a la dispersión de nuestros centros, que impide una comunicación directa y rápida.

ESTRATEGIA DE MEJORA DE LA SEGURIDAD CLÍNICA DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

T. Dierssen-Sotos, P. Rodríguez-Cundín, M.A. Urbieta-Quiroga, F. Lois-Cámaras, M.J. Cabero-Pérez y J. Alburquerque-Sánchez
Servicio cántabro de Salud.

C-310

Palabras clave: Seguridad clínica.

Objetivos: Describir las líneas de trabajo puestas en marcha en el SCS para la mejora de la seguridad clínica (SC).

Metodología: Siguiendo la propuesta de la OMS (Informe sobre seguridad clínica, 2001), la SC se ha abordado desde 3 perspectivas: 1) Sensibilización de los profesionales sanitarios. 2) *Investigación y análisis*: de incidencia de eventos adversos mediante un estudio de cohortes retrospectivo y. homogeneización e impulso de sistemas de monitorización de eventos específicos (infección, dolor posquirúrgico, UPP) mediante grupos de mejora (GM) multidisciplinarios. 3) *Prevención*: priorizando y aplicando en los centros prácticas segura e implantando las alertas de identificación y contención.

Resultados: En *formación/sensibilización*: en el primer trimestre de año se han realizado 1 curso de formación en SC en uno de los centros con la asistencia de 50 profesionales y 3 jornadas de sensibilización contando con la presencia de responsables que trabajan a nivel nacional en seguridad clínica. Además se ha desarrollado un espacio de seguridad en la intranet corporativa que permite a los profesionales acceder a información específica a través de 15 enlaces y a un banco de experiencias desarrollados en nuestra CCAA. En *Investigación y análisis*: se han puesto en marcha 6 GM para trabajar sobre UPP, infección nosocomial caídas y contención, inserción y manejo de catéteres y dolor posquirúrgico como resultado se ha editado ya la Guía de prevención de UPP del SCS y un catálogo de productos, están pendientes de edición la Guía de prevención de infección nosocomial. En *Prevención*: se ha trabajado la alerta de mejora de la identificación, desarrollando un proyecto de mejora en terapias de alto riesgo mediante la identificación/con código de barras de las bolsas de sangre y los pacientes receptores de hemoterapia. Para trabajar la alerta de contención se ha creado un GM con asesoría del Comité de Ética Asistencial. En relación a las prácticas seguras se han priorizado para 2005 las relativas a la mejora de la seguridad del medicamento: potenciar la figura del farmacéutico consultor, implantar la prescripción informatizada en los hospitales y mejorar el cumplimiento terapéutico en Atención Primaria mediante la elaboración de unas recomendaciones de mejora de la prescripción para facultativos y de Folletos informativos para pacientes.

Conclusiones: Sensibilización, investigación y prevención constituyen las estrategias que este año desarrolla el SCS para mejorar la seguridad clínica.

IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ALERTA DE SEGURIDAD: INADECUADA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

M. Rodríguez, A.R. Díaz, E. Martínez, Z. Gancedo, P. Herrera y A.M. Alzueta
Hospital Sierrallana.

C-311**IMPLANTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ALERTA DE SEGURIDAD: INADECUADA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES**

M. Rodríguez, A.R. Díaz, E. Martínez, Z. Gancedo, P. Herrera y A.M. Alzueta
Hospital Sierrallana.

Palabras clave: Seguridad clínica.

Objetivos: Implantar la alerta de seguridad clínica en relación a la identificación de los pacientes. Evaluar los resultados en relación a la identificación y la percepción de los pacientes y de los profesionales, en base a una metodología de mejora en la calidad asistencial.

Método: El Hospital Sierrallana tiene incluido en su misión y valores la seguridad clínica de los pacientes. Siguiendo esta línea de trabajo implantó la alerta de seguridad nº 1 en Octubre de 2004. En la implantación de la alerta se establecieron tres fases: implicación de todos los responsables; médicos y de enfermería, difusión por unidades a todos los profesionales sanitarios e implantación secuencial por unidades de enfermería. Evaluación de la implantación mediante un estudio transversal realizado en el mes de Mayo. Para valorar la implantación en la fase de recogida de datos se diseñaron 3 tipos de indicadores en relación al brazalete identificativo: de cobertura (Nº de pacientes ingresados que tenían brazalete identificativo) y de calidad de la identificación, evaluando 2 aspectos: datos administrativos y legibilidad de los mismos. La evaluación de la percepción de los pacientes y profesionales se realizó mediante encuesta. Se realizaron dos preguntas a todos los pacientes identificados con el fin de conocer si entendían porque se les colocaba el brazalete y de valorar si el brazalete les resultaba incómodo. Para completar la evaluación de la Alerta, se realizó una encuesta a las enfermeras de las Unidades de Hospitalización. El objetivo de dicha encuesta era por un lado, conocer si realmente las personas que estaban utilizando el brazalete identificativo, eran conscientes de la importancia de su uso, en segundo lugar conocer el grado de utilización del brazalete.

Resultados: Del total de pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización en la semana comprendida entre el 9 y 13 de mayo el 90,7% estaban identificados a través del brazalete, tal y como se establece en la Alerta Sanitaria. Encuesta al paciente identificado a través del brazalete (N = 166). El 71,1% (N = 118) de los paciente identificados a través del brazalete, manifiestan que les explicaron el motivo por el que era necesario llevarlo. Encuesta a las enfermeras. Contestaron 56 enfermeras. Todas ellas afirman conocer el porqué del uso del brazalete identificativo.

Conclusiones: La implantación de Alertas de Seguridad como recomendación de prácticas seguras, es garante de la seguridad de los pacientes y por lo tanto de la calidad asistencial.

REVISIÓN DE LA MORTALIDAD POR PARTE DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

F. Vilanova, I. Bolíbar, X. Bonfill, I. Gich, I. Quintana y E. Álvarez
Hospital de Sant Pau. S. Epidemiología Clínica y Salud Pública.

Palabras clave: Revisión mortalidad calidad.

Objetivos: Conocer la frecuencia con que los servicios asistenciales de un hospital revisan su mortalidad y detectan posibilidades de mejora relevantes la asistencia.

Métodos: Desde la Comisión de Evaluación de Resultados de un hospital universitario de 3er nivel se elaboró una hoja de revisión de la mortalidad en los servicios asistenciales. Se solicitó que para cada defunción revisada, rellenaran la hoja y la devolvieran a la Comisión con información sobre las posibilidades de mejora relevantes en el proceso asistencial. Se calcularon las tasas anuales de mortalidad y de revisión de la mortalidad por servicio y se correlacionaron con el porcentaje de defunciones con posibilidades de mejora.

Resultados: De enero/2001 a mayo/2005 la Comisión recibió un total de 679 hojas de revisión de mortalidad. Anualmente la tasa de mortalidad se mantuvo estable alrededor del 4,9%, pero el número de defunciones aumentó ligeramente y el número revisiones recibidas disminuyó de 264 a 107. El servicio con más revisiones fue Cuidados Intensivos, con una tasa de mortalidad elevada y una tasa de revisión del 16,8%. Le siguieron los servicios de Cardiología, Cirugía Cardiaca y Cirugía General, con tasas de mortalidad intermedias y una tasa de revisión de 26,9%, 40,8% y 27,0% respectivamente. Se detectaron 77 (11,3%) defunciones con posibilidades de mejora asistencial; su distribución anual mostró un pequeño aumento de 10,9% a 11,5%. El tipo de mejoras detectadas fueron en la proporción de medidas aplicadas (2,9%), en la indicación (2,2%) o aplicación (2,4%) de algún procedimiento, en la organización (1,9%) y en la estructura del centro (1,5%). Los servicios que revisaron más mortalidad detectaron un mayor porcentaje de defunciones con posibilidades de mejora, alcanzando hasta un 22,3% de las revisiones. En 3 de cada 4 defunciones con posibilidades de mejora se solicitó a la Comisión que volviera a revisar el proceso asistencial.

Conclusiones: La revisión de la mortalidad y su notificación voluntaria comporta un ejercicio de análisis de la asistencia realizada, permite detectar e implantar posibilidades de mejora en el hospital, y es un elemento importante de corresponsabilidad en la calidad por parte de los servicios asistenciales.

C-312

MESA 40

Gestión del cambio (II)

LA CIRUGÍA AMBULATORIA PROGRAMADA SIN DEMORA (CAPSD) COMO NUEVA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL CONSORCIO SANITARIO

J. Sánchez, J. Alonso, V. Beltrán, J. Bachiller, A. Juárez y J. Ortega
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Palabras clave: Cirugía menor ambulatoria sin demora. Urología.

Objetivos: En Enero de 2005 implantamos esta nueva prestación en nuestro servicio que tiene por objeto cumplir las líneas estratégicas contempladas en nuestro modelo de gestión clínica proporcionando una atención urológica integral y comprometida con la calidad y la eficiencia orientada al usuario y su satisfacción.

Métodos: A nivel organizativo se llevó a cabo una reestructuración de agendas, así como la creación de un quirófano en el área de consultas. Se elaboró un documento explicativo para Atención Primaria, creando la CAPSA entendiendo por tal todos aquellos procesos de cirugía menor que pueden ser realizados en el quirófano de nuestra consulta de acto único. Así tras ser valorado el paciente remitido, se realiza la indicación correspondiente, se informa y se procede a la cirugía.

Resultados: Desde Enero de 2005 se han realizado un total de 98 procesos de CAPSD: 93 postectomías y frenuloplastias, 3 exéresis de quistes sebáceos escrotales y 2 biopsias de pene. Todos los pacientes remitidos desde AP se resolvieron en acto único a excepción de 2 que pasaron a ser reprogramados con anestesia general: uno por retraso mental y el otro por miedo. La accesibilidad de esta prestación viene abalada por la escasa demora de nuestra consulta.

Conclusiones: La CAPSD supone un nivel organizativo superior, así como un impacto positivo en la satisfacción de los usuarios reflejado en las encuestas de recogidas en nuestra consulta.

C-313

IMPACTO DE LA CAPTACIÓN PERSONALIZADA EN EL INCREMENTO DE LAS DONACIONES DE SANGRE

M. Iloro, J. Madejón y M. Barrero
Hospital Clínico San Carlos.

Palabras clave: Captación Personalizada, Donación.

Objetivos: Incrementar las donaciones de sangre en el Hospital Clínico S. Carlos, que habían descendido en los últimos años, pese a la sucesiva introducción de actuaciones al respecto.

Material y métodos: Tanto el envío de cartas a las familias de los pacientes en lista de espera quirúrgica, como la edición de dípticos informativos no habían obtenido resultados positivos, por lo que la Gerencia forma un Grupo de Trabajo, liderado por la Dirección de Enfermería, en el que intervienen diversos profesionales del Centro. Se piensa que es preciso contactar personalmente con los posibles donantes y se encarga de la elaboración de un Programa al Área de Informadores de la Coordinación de Desarrollo Social. Se dedican dos Informadores al Programa, que cada día de aplicación se inicia recibiendo información sobre las necesidades especiales relacionadas con algún grupo concreto. Utilizando la megafonía de los controles de enfermería se emite un mensaje personalizado que se refuerza con la intervención directa, también hecha por los Informadores, con los familiares y amigos que van a visitar a los pacientes, excluyendo las Zonas de Pediatría, Oncología y Psiquiatría. Posteriormente se acompaña al posible donante al Banco de Sangre. Estas actuaciones se realizan 2-3 días/semana.

Resultados: Exceptuando el mes de Marzo, que no se ha comparado por la excepcionalidad del mes Marzo de 2004, en los meses de Febrero y Abril de 2005 se ha incrementado en algo más del 42% el número de donaciones. Los donantes captados en los días de aplicación del programa han oscilado entre los 34 y los 12.

Conclusiones: Aunque es escaso el tiempo de aplicación del Programa de Captación Personalizada parece demostrarse la mayor eficacia de las actuaciones directas que los medios antes utilizados.

C-314**DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN CUADRO INTEGRAL DE INDICADORES DE RESULTADOS EN CALIDAD EN EL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA**

R. Ruiz y A. Salas
Consorci Sanitari de Terrassa.

Palabras clave: Evaluación, Resultados, Integral.

Uno de los objetivos del Plan de Calidad 2005/2008 del Consorci Sanitari de Terrassa es la implantación de la evaluación sistemática de resultados, desde la perspectiva de la calidad, de todos los procesos, y en todos los ámbitos y niveles de la organización. Para la definición tanto de los procesos como de los resultados a evaluar, nos hemos basado en el Modelo Europeo de la Calidad (EFQM), en el nuevo modelo de acreditación del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, y en la opinión y consenso de los líderes de la Institución. También hemos tenido en cuenta otros estándares de calidad propuestos por el propio Departament de salut, por el Catsalut, o por sociedades científicas o profesionales de los diferentes ámbitos y especialidades. En esta selección se han obviado aquellos resultados cuantitativos ya medidos con otros instrumentos habituales en la institución, como pueden ser en cuadro de mandos de actividad asistencial, o el seguimiento presupuestario, todo y que en una segunda fase, y una vez consolidados todos los indicadores, el objetivo sea la integración, en un cuadro de mandos único e integral. De cada uno de los resultados a evaluar se ha construido una ficha, donde constan entre otros, el indicador de medida, el objetivo óptimo y el aceptable, el responsable del seguimiento del mismo y el responsable final de la consecución del objetivo. Para la elaboración de los indicadores, se ha tenido en cuenta la factibilidad de su obtención, la fiabilidad de los mismos y la máxima estandarización, para su comparación externa. De cada uno de los indicadores se evaluará, el grado de consecución del objetivo, la tendencia y la comparación externa (sí existen estándares externos reconocidos), o bien interna entre los diferentes centros del Consorci. Se han definido indicadores para los cuatro criterios de evaluación de resultados: Resultados claves. Resultados en los clientes. Resultados en las personas. Resultados en la sociedad. Creemos que el éxito de este proyecto viene dado sobretodo por la definición consensuada previamente con los líderes de los profesionales de todas las áreas de la organización, que son los verdaderos expertos en definir que es lo que realmente evalúa la calidad de su servicio o unidad.

C-316**LAS COMISIONES Y COMITÉS COMO INSTRUMENTO DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD**

R. Ruiz y A. Salas
Consorci Sanitari de Terrassa.

Palabras clave: Participación, profesionales, calidad.

Dentro de los objetivos del Plan de Calidad del Consorci Sanitari de Terrassa 2005 / 2008 se encuentra el de incrementar y mejorar la participación e implicación de los profesionales en la gestión de la calidad, así como la difusión de sus actuaciones y propuestas en este terreno. Uno de los instrumentos básicos que permite este objetivo son las comisiones y comités de todos los ámbitos, áreas y niveles de la organización. Dentro de las funciones definidas del Comité de Calidad del Consorci Sanitari de Terrassa, está el ser el garante de todas las actuaciones que en gestión de la calidad realicen estas comisiones. Por ello y para la consecución de este objetivo el Comité de Calidad, ha diseñado e implantado un Plan de actuación que consta de diferentes acciones. 1. Creación de un registro centralizado e informatizado de todas las comisiones y comités de la organización, en el ámbito de la Intranet corporativa, de acceso a todos los profesionales de la organización. 2. Difusión de sus actividades a través de la creación de un registro centralizado e informatizado de todas las actas de las diferentes comisiones, en el ámbito de intranet y con el control de acceso adecuado en aplicación de la ley de protección de datos personales. 3. Definición e implantación de unas normas básicas de actuación de las comisiones y comités, salvaguardando y complementarias a las determinadas por la legislación vigente, estatal o autonómica. Dentro de estas normas se contemplan aspectos como el circuito de creación de una nueva comisión, los requerimientos a tener en cuenta para la selección de los miembros, y sus funciones. 4. El consenso de acciones, objetivos evaluables, relacionados con el ámbito de la calidad como pueden ser entre otros el seguimiento y evaluación de los indicadores de resultados en calidad propios de su ámbito de actuación, así como la propuesta de acciones de mejora. Creemos que el soporte metodológico dado, la difusión de sus actuaciones y la fijación de manera consensuada de responsabilidades claras y concretas en el ámbito de la gestión de la calidad, permitirá la consecución del objetivo marcado. La evaluación del mismo se realizará a finales de año a través de una auto-evaluación de cada una de las comisiones y comités, y una auditoría externa realizada por el Comité de Calidad del Consorci Sanitari de Terrassa.

C-315**¿SON ÚTILES LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA?**

A. Alberquilla, C. Fuentes, P. Magán, C. González y A. Otero
Gerencia Atención Primaria Área 11 Madrid.

Palabras clave: Atención Primaria, Hospitalizaciones evitables.

La evaluación de los resultados y la capacidad de resolución de la Atención Primaria (AP) constituye una actividad fundamental para establecer las intervenciones necesarias que mejoren su calidad. Los Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) son problemas susceptibles de ser resueltos y/o controlados en AP y constituyen unos grupos diagnósticos que pretenden medir las Hospitalizaciones Evitables (HE-ACSC). Las HE-ACSC son una manera indirecta de realizar la evaluación en la resolución de la AP.

Objetivo: Describir el comportamiento de las HE-ACSC en la Comunidad de Madrid durante el año 2001. Explorar la posible influencia de características de la AP y variables socioeconómicas de la población en las tasas de HE-ACSC.

Material y método: Estudio transversal, observacional y de tipo ecológico. La población de estudio son los habitantes de la Comunidad de Madrid (CM) en el año 2001. **Ámbito de estudio:** la CM utilizando como unidad de análisis sus 34 Distritos Sanitarios Mediciones: para seleccionar los episodios de ACSC se utiliza el listado validado para España. Se calculan las tasas crudas de HE y ajustadas por edad y sexo mediante el método indirecto, estableciendo los índices de confianza para el 95%. Se realiza modelo multivariante utilizando como variables explicativas características socioeconómicas y de la AP.

Resultados: Las tasas de HE-ACSC ajustadas por edad y ámbito territorial oscilan entre 3,02 (2,74-3,31) y 19,47(18,48-20,51). En el modelo explicativo utilizando ambas variables independientes (presión asistencial y nivel educativo), se obtuvo una R2 de 0,640.

Conclusiones: Se objetiva una gran variabilidad en el comportamiento del indicador. Mejorar la capacidad de resolución de la AP supone una mejora en la calidad y eficacia del conjunto de servicios sanitarios. Los ACSC son un medidor de resultado, que depende de la asistencia por AP y probablemente de otros factores ajenos al sistema sanitario, que deberían ser estudiados.

C-317

LOS CONTRATOS DE GESTIÓN Y EL MODELO EFQM, ¿QUÉ TAL SE LLEVAN?

V. Alcubierre, L. Callén, J.C. García-Aísa, J. Paricio, V. Pico y A. Rivasés
Servicio Aragonés de Salud.

Palabras clave: EFQM, Contrato-de-Gestión.

Objetivo: Impulsar el papel de los contratos de gestión del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) como herramientas clave en el despliegue de las líneas prioritarias de su estrategia. Se presenta la iniciativa desarrollada para lograrlo.

Método: En 2001, SALUD decidió utilizar el Modelo EFQM, como marco para evaluar sus progresos. Tras las transferencias, en 2002, descentralizó territorialmente su gestión en ocho sectores, cada uno con una gerencia única para las cuatro líneas de producto: atención primaria, especializada, socio sanitaria, y salud mental. Los contratos de gestión se modificaron pero mantuvieron gran parte de los contenidos y estructura anteriores y se siguieron estableciendo con cada Dirección de Atención Primaria, cada Hospital, etc. Con el objetivo expuesto, la Dirección de SALUD, decidió en 2004: *a*) establecer los contratos de gestión entre la Dirección Gerencia de SALUD y las Gerencias de cada uno de los Sectores y *b*) adecuar la estructura de los contratos a los criterios del Modelo EFQM. Así, cada Director de Línea formuló veinte objetivos distribuidos cuantitativamente entre los nueve criterios según la proporción que el modelo establece. También elaboraron los indicadores y sus estándares. Tras un proceso de discusión y consenso, se agruparon los objetivos con fines semejantes redistribuyendo, si era necesario, sus indicadores y recolocándolos en el criterio EFQM más pertinente.

Resultados: 1. En 2005, la Dirección de SALUD ha establecido un contrato con cada Gerencia de Sector en vez de los antiguos firmados con las direcciones de primaria y de cada uno de los hospitales y otros centros. 2. Los contratos tienen una estructura adaptada a los nueve criterios del Modelo EFQM. Los compromisos de todos ellos se pueden agrupar siempre en veintiún objetivos distribuidos cuantitativamente según la proporción utilizada en el EFQM. El número de indicadores varía en cada Sector, según los centros de atención de que dispone.

Conclusiones: 1. El proceso ha facilitado que las Direcciones de Línea de SALUD presenten sus prioridades, sentando las bases de lo que puede ser un Plan Estratégico en 2006. 2. La integración de los objetivos de los contratos de gestión en los criterios de EFQM facilitará la comparación entre los distintos Sectores. 3. El instrumento obtenido facilita integrar la valoración del contrato en la autoevaluación EFQM aunque no equivale por sí solo a realizar una autoevaluación. 4. Los contratos de gestión y el modelo EFQM pueden ser una buena pareja.

C-318

LAS CONSULTAS EXTERNAS DE LOS HOSPITALES ¿OLVIDADAS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN?

A. Sáinz, J.A. Fernández, M. Gutiérrez, C. Tirado, D. Alzaga y J. Rodríguez
Hospital Puerta de Hierro.

Palabras clave: Consultas Externas, Calidad gestión, Indicadores.

Gestores y profesionales del ámbito hospitalario no consideran tan prioritaria la gestión de las consultas, a pesar de ser la entrada más importante de pacientes a Atención Especializada. La consecuencia en algunos centros son: problemas crónicos en las citas con insatisfacción de profesionales y usuarios, ineficiencia en la utilización de recursos, que genera mayores demoras, etc.

Objetivo: Implantar criterios de calidad basados en utilización de normas, protocolos e indicadores para la mejora de la gestión de consultas.

Metodología: Se inició en 2004 detectando problemas y definiendo estrategias: 1. Elaboración de normativa que: *a*) define conceptos básicos, desconocidos por los profesionales, *b*) establece criterios homogéneos y consensuados con Jefes de Servicio sobre organización del trabajo (horarios, turnos, tiempos de consulta, nº de pacientes). 2. Evaluar el sistema de información para utilizar los indicadores más adecuados y definir periódicidad de difusión a los profesionales. Se seleccionaron indicadores de actividad, accesibilidad, gestión de agendas, satisfacción del paciente, por ejemplo, Nº de pacientes/agenda, 1º hueco libre para consulta nueva y sucesiva, % pacientes que no acuden, % pacientes visitados sin cita, % utilización de consulta, reclamaciones mensuales por causa de la cita. 3. Implantación de volante para petición de revisiones. 4. Reuniones sistemáticas con personal de citas para detectar problemas y aportar soluciones.

Resultados: La normativa fue enviada a los facultativos y personal de citaciones. Mensualmente cada profesional recibe datos sobre sus demoras. Se realizan reuniones trimestrales con el personal de citaciones. Se han redefinido el 90% de las agendas. Como ejemplo de utilización de recursos, la programación sobre Tº asignado de la consulta de Dermatología ha pasado de 64% en 2004 a 70% en 2005 y el % de utilización sobre lo asignado de 67% a 74%. Se ha pactado con cada uno de los servicios un % sobrecarga de agendas, en función de la inasistencia de pacientes, que ha variado entre 3-15%. La media de reclamaciones por citas han pasado de 23% antes del plan de mejora al 16% después.

Conclusiones: Los resultados han mostrado en poco tiempo la pertinencia de focalizar esfuerzos en un área muy importante de la asistencia, lo que anima a seguir pero también a superar problemas de comunicación detectados en su implantación.

C-320

MEJORAS CONSEGUIDAS EN LA 2º EVALUACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD DE CENTROS DE DROGODEPENDENCIAS EN UNA CCAA

P. Hilarión, R. Suñol, R. López y J. Colom
Fundación Avedis Donabedian.

Palabras clave: Drogodependencias, evaluación externa.

Objetivos: 1) Presentar la experiencia de evaluación de indicadores de calidad en la atención a la drogodependencia en el ámbito de una comunidad autónoma. 2) Identificar la mejora conseguida entre la situación basal de cumplimiento de los Indicadores de calidad consensuados para los CAS al 2001 y la evaluación del 2004. 3) Identificar oportunidades de mejora para el sector para los próximos 2 años.

Metodología: Se han evaluado un total de 35 indicadores agrupados en 4 dimensiones. Los indicadores se elaboraron de forma consensuada con un grupo de expertos, técnicos, representantes de patronales y de la administración, con soporte metodológico y técnico. Las dimensiones evaluadas son la atención a la persona, las relaciones y los derechos de los usuarios, el entorno de la atención, y la organización y gestión del centro. Se realizó un estudio observacional descriptivo con muestreo aleatorio de casos de los centros incluidos en el marco del plan de calidad del Òrgan Tècnic de Drogodependències; los resultados se presentan con un nivel de precisión del 95% y una precisión para el sector de 1,47%. Se ha evaluado indicadores generales para todos los centros e indicadores específicos para el Programa de Tratamiento y Mantenimiento de Metadona (PMM). Se realizó una prueba de concordancia entre evaluadores por una entidad independiente.

Resultados: 22 centros evaluados. Historias clínicas revisadas: 2200 por evaluación. (1) Porcentaje de mejora en el cumplimiento de indicadores en el sector 29,2%; disminución de la variabilidad en 11,4 puntos, con una mejora de valores del rango inferior de 29,2 puntos (2) El cumplimiento por dimensiones ha oscilado entre el 71,3% de la dimensión relaciones y derechos de los usuarios y el 95,5% de la dimensión entorno de la atención. (3) Los aspectos relevantes con mejor puntuación son el proceso de ingreso y acogida y los de menor cumplimiento son la información de los usuarios y la valoración de la opinión de los profesionales. Se ha establecido un plan de mejora consensuado para todo el sector.

Conclusiones: 1) Ha sido posible el consenso de indicadores de calidad técnica con todo el sector. 2) El presente estudio ha permitido la 1º evaluación de calidad en centros de atención y seguimiento en drogodependencias a nivel de una comunidad autónoma. 3) Los resultados obtenidos ponen de manifiesto las áreas de mejora necesarias en todos los centros y las oportunidades de mejora del modelo en la atención comunitaria y estrategias de vinculación y seguimiento de los pacientes.

C-319

MESA 41

Gestión por procesos (VI)

ATENCIÓN INTEGRADA AL PACIENTE ONCOLÓGICO

A. Escobedo, C. Martínez, A. Vidal, T. Ferro, J.M. Borrás y E. Jaurrieta
Hospital Universitario de Bellvitge.

C-322

Palabras clave: Cáncer, Intervalos, Procesos.

La atención oncológica se inicia en el momento de la sospecha en la atención primaria. La existencia de una única puerta de entrada en los hospitales parece necesaria a la hora de garantizar unos intervalos adecuados de diagnóstico y tratamiento. Las Unidades Funcionales de Atención Oncológica son equipos interdisciplinarios que deciden la correcta estrategia terapéutica con la mínima morbilidad.

Objetivos: 1. Impulsar equipos interdisciplinarios para diagnóstico y tratamiento de un tipo de tumor en concreto. 2. Implantar la enfermera gestora de caso como responsable del proceso. 3. Crear una oficina técnica para control de intervalos y estándares clínicos. 4. Facilitar la detección y derivación desde la atención primaria.

Método: Hasta la fecha se han creado; Unidad Funcional de Mama (UFM) en 1990, Unidad de Ginecología Oncológica (UGO) en 1992, Unidad Funcional de Pulmón (UFP) y Unidad Funcional de Tumores Óseos y Sarcomas (UFTOS) en 2000, Unidad de Neurorocología (UNO) en 2001, y Unidad Funcional de Cabeza y Cuello (UFCC) en 2002. Las UFAO's cuentan con Enfermería integrada en el equipo interdisciplinario para asegurar, la provisión de cuidados durante el proceso de atención oncológico, y el cumplimiento de las diferentes etapas del mismo desde el punto de vista de gestión de los casos. En 2004 se crea la Oficina Técnica que tiene como misión controlar los intervalos y los estándares de las unidades y garantizar la puerta única de entrada a la institución de los pacientes con cáncer. En 2004 se ha puesto en marcha un sistema de derivación "on line" desde la atención primaria a las UFAO's. Se realizaron algoritmos para determinar los pacientes con alta sospecha clínica de tener cáncer. Actualmente está en funcionamiento para la UFP, UGO y UFM.

Resultados: Durante el año 2004 la UGO visitó 320 primeras de las que 80% fueron diagnósticas de cáncer, el intervalo de derivación fue de 10 días. La UFM 973 primeras, 50%, 5 días. La UFP de 489 primeras, 68%, 8 días. El 78% de los casos visitados en la UFP y la UFCC fueron diagnosticados y tratados en menos de 30 días. El 60% de los cánceres de endometrio fueron tratados por vía vaginal. Más del 80% de las pacientes con cáncer de mama conservan la mama y un 38% evita la linfadenectomía con la técnica del ganglio centinela. Solo un 9,5% de los casos de cáncer de pulmón son etiquetados de Nx.

Conclusión: La atención integrada del paciente neoplásico busca mejorar los intervalos y los estándares clínicos, garantizando la equidad de la misma.

IMPLANTACIÓN DE LA GESTIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA CERTIFICABLE SEGÚN NORMA ISO 9001:2000

J. Letona, M. García, M.J. Pérez, R. González y A. Audicana
Organización Central de Osakidetza.

Palabras clave: Procesos, asistenciales.

Como continuación del proyecto de gestión de procesos certificables según norma ISO en atención especializada iniciado en 2001 con procesos centrales de apoyo tanto clínicos como administrativos y tras el establecimiento de un núcleo del Sistema de Gestión de la Calidad se desarrolla una 2ª fase con un proyecto por el que se amplía su alcance a los procesos clave, los asistenciales.

Objetivos: Consolidar el Sistema de Gestión de la Calidad en todos los centros de atención especializada (H. agudos, media y larga, psiquiátricos y salud mental extrahospitalaria). Ampliar el alcance del SGC a los procesos clínico-asistenciales.

Método: Se constituyó un comité director conformado por directores gerentes y los grupos de trabajo de procesos asistenciales. Se procuró que hubiese cierta sinergia y homogeneidad en los procesos resultando 3 grupos: salud mental, UCI y hospitalización. Se realizaron sesiones de formación-acción dirigidas a responsables de los procesos y componentes del equipo de proceso de los centros y unidades implicados en su desarrollo (profesionales sanitarios y administrativos) con el objetivo de desarrollar documentalmente el proceso. Para su desarrollo se contó con una 'Guía de gestión por procesos e ISO' elaborada desde la subdirección de calidad resultado de la primera fase del proyecto. Se siguió de una fase de implantación que incluía la revisión de los procesos a través de auditorías internas. Para esta fase se diseñó una estrategia de apoyo directo a cada centro desde la subdirección de calidad asistencial. Se complementó con una formación en auditorías internas con un módulo básico y otro avanzado. Paralelamente además se realizaron sesiones de carácter más específico con los responsables del SGC de los centros con objeto de analizar estrategias, llegar a consensos, etc.

Resultados: En el proyecto se han abordado un total 22 procesos correspondientes a 14 organizaciones de 21. Directamente en la formación han participado 74 personas (40 médicos, 20 enfermeras 14 otros) conformándose los equipos de procesos en cada uno de los centros. En la actualidad se encuentran en fase de implantación 15 procesos habiendo sido ya certificados otros 3 procesos.

Conclusiones: Es posible implantar la gestión por procesos en el ámbito asistencial y de norma ISO. La gestión de procesos se ha mostrado como un medio eficaz para el despliegue de los objetivos estratégicos. La gestión de procesos permite centrar la atención en el paciente y rompe las barreras entre departamentos y servicios.

C-321

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE ALIMENTACIÓN EN CADENA FRÍA

F. Rivera y M. Carreras
Agencia de Calidad y Acreditación. Consejería de Salud de La Rioja.

Palabras clave: Procesos Cadena fría.

Introducción: Para la puesta en marcha de la nueva Cocina del Hospital San Pedro se ha optado por una organización por procesos y una nueva estructura arquitectónica y organizativa. Con el diseño previo de los procesos de la cocina y su implantación se ha facilitado la adopción del sistema de producción cadena fría, la optimización de los recursos, la minimización de los riesgos y la integración del personal.

Objetivos: La nueva Cocina Central fría quiere ofrecer unos procesos que sigan criterios de modernidad, seguridad, capacidad de respuesta y de alta calidad que permitan la optimización de los recursos disponibles, pero sobre todo: "Satisfacer el paladar de los usuarios contribuyendo a la mejora de su salud".

Metodología: La Agencia de Calidad ha coordinado el diseño y la puesta en marcha. Se montado un sistema de gestión de la calidad como una herramienta más de trabajo sazonada por la innovación, los valores de los trabajadores y la sensibilidad a las necesidades de los pacientes y usuarios.

Resultados: Actualmente la superficie ocupada junto con el equipamiento instalado permiten, de acuerdo con los flujos de trabajo que se han determinado, un procesamiento máximo de ± 1.400 Kg de alimentos/día, equivalentes a ± 6.000 platos/día. La Cocina dispone desde su apertura con un sistema de gestión de todas las actividades que allí se desarrollan en línea con la mejora continua y la orientación al cliente plasmados en: Manual de Calidad (Misión, visión, mapa de procesos, valores, política de calidad...). Manual de Procedimientos (Procedimientos, registros e instrucciones técnicas). Manuales de análisis de peligros y puntos críticos de control (APPCC). Las encuestas realizadas en la nueva cocina indican una considerable satisfacción de los pacientes. Se ha realizado una recogida de no conformidades del cliente interno. Se ha realizado la primera auditoria post implantación: Están funcionando el 87% de los procesos que se diseñaron. Implicación del 100% del personal. Se ha implicado a otras áreas del hospital en la gestión de procesos. Se ha implantado un cuadro de mando de indicadores de cocina. Se han Identificado Áreas de Mejora y se han actualizado los procedimientos.

Conclusiones: Tras la puesta en marcha de la nueva cocina se percibe un alto grado de implantación de los procesos, una positiva implicación del personal y un elevado grado de satisfacción en la calidad percibida por los pacientes.

C-323

ABORDAJE DEL SUBPROCESO DE OBRAS EN EL HOSPITAL DE GALDAKAO

F. Rico, E. Gómez, J.M. Caballero, H. Gómez, M. Domínguez e I. Gallego
Hospital de Galdakao.

Palabras clave: Gestión, Procesos, Obras.

Objetivo: Desplegar la Gestión por procesos al subproceso de Obras. Disminuir la variabilidad del subproceso logrando cotas de estabilidad que garanticen resultados con altos niveles de eficiencia y eficacia.

Método: Utilización de técnicas cualitativas de consenso y creación de un grupo de trabajo integrado por diferentes profesionales. Para su desarrollo se tiene en cuenta la gran relevancia que adquieren las interacciones con otros procesos y la comunicación.

Resultados: Enmarcado en el proceso de Mantenimiento de Activos, definimos la ficha del subproceso que contiene las interacciones, tanto de entrada como de salida, y sus características. Contiene además un esquema de las actividades que se desarrollan. En el inicio, el subproceso viene marcado por la diferencia entre los dos tipos de obras que se nos presentan dependiendo de quien sea el promotor, lo que implica que tanto los actores del subproceso como algunos requisitos sean diferentes. Se han definido requisitos, registros y responsables. Se crea el Grupo de Obras en el que se integran desde representantes de Osakidetza hasta la Dirección del centro junto con, Mantenimiento, Prevención, Medicina Preventiva, Personal Subalterno, y los servicios usuarios, así como la empresa adjudicataria de la ejecución. Se establece un procedimiento operativo para el intercambio de información y documentación con la empresa contratista, y se desarrollan las actividades de planificación de la ejecución, las cuales generan el plan de contingencias, y las actividades de seguimiento de dicha ejecución que se registran en los informes de las visitas a las obras. Se han diseñado los indicadores que miden desviaciones respecto a las medidas de seguridad adoptadas, e indicadores que miden desfases cronológicos, presupuestarios, y desviaciones por la introducción de mejoras adicionales durante la ejecución.

Conclusiones: 1. Se minimizan los riesgos asociados a la ejecución de una obra para usuarios y trabajadores. 2. Se aseguran elevadas cotas de confortabilidad para los pacientes. 3. Se consigue la integración entre los múltiples agentes procedentes de los distintos ámbitos de la organización, así como a empresas externas. 4. Se sistematizan actuaciones ante las obras, independientemente de su envergadura, siguiendo criterios de calidad. 5. Se consigue satisfacer las necesidades del Hospital y de los distintos servicios. 6. Se trata de un proceso que puede servir de referente a otros centros tanto de nuestra organización como de fuera de ella.

C-324

RESULTADOS DEL MODELOS DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE UROLOGÍA TRAS 14 MESES DE FUNCIONAMIENTO

J. Bachiller, J. Alonso, V. Beltrán, J. Sanchez de la Vega, A. Juárez y J.A. Pardo
Hospital San Juan de Dios. Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Palabras clave: Gestión, proceso, competencias.

Objetivos: comprobar si se han logrado mantener los objetivos pactados al inicio de la actividad del servicio conforme a un modelo de gestión pre establecido al cumplirse los 14 primeros meses de actividad asistencial.

Material y método: Se recogen los resultados del Servicio (año 2004) conforme a indicadores asistenciales y de calidad que se pactaron y concensuaron por todos los miembros del servicio al comienzo de la actividad en un principio.

Resultados: Mostramos los resultados del servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios del aljarafe a los 14 meses de su apertura. Dichos resultados se muestran en diferentes campos de actuación: Cumplimiento del objetivo "Demora cero" en las consultas externas del Servicio. Utilización de vías clínicas y protocolos terapéuticos concretos por procesos quirúrgicos en el área de Hospitalización. Creación y cumplimiento del mapa y perfil de competencias de los diferentes profesionales del servicio (médicos, enfermeros y auxiliar). Implementación definitiva del proceso HBP-Ca de Próstata. Desarrollo de profesionales: Cumplimiento de los objetivos de desarrollo profesional pactados al inicio del año. Mantenimiento de los indicadores asistenciales y de calidad independientemente al paso del tiempo. Cumplimiento de los indicadores de calidad de prescripción farmacéutica así como los objetivos en dicha materia del propio centro. Planteamiento del diseño de la estrategia a seguir con el objetivo de lograr la acreditación en Calidad por la ACSA.

Conclusiones: Los resultados muestran que el modelo de gestión del servicio planteado previamente a su puesta en marcha ha sido adecuado y sigue permitiendo cumplir las expectativas creadas en y por los profesionales implicados en el modelo.

C-326

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO HBP- CA DE PRÓSTATA EN EL DISTRITO ALJARAFE

J. Bachiller, J. Sánchez de la Vega, J. Alonso, V. Beltrán, A. Juárez y J. Ortega
Hospital San Juan de Dios. Consorcio Sanitario Público del Aljarafe.

Palabras clave: Proceso, HBP, Gestión.

Introducción: Se muestra la experiencia registrada durante el pasado año respecto a la implementación del proceso HBP-Ca de Próstata en el distrito aljarafe. Material y método: La valoración de la situación previa a la implantación, el diseño de la asistencia especializada en nuestro centro con la idea de dar la cobertura adecuada, el conocimiento de la situación en atención primaria y sus necesidades, el diseño de los protocolos de derivación AP-AE y AE-AP, el sistema de revisiones, los sistemas de comunicación creados, así como otras cuestiones se detallan en la comunicación.

Resultados: Los objetivos de cumplimiento de los diferentes indicadores de calidad del proceso se siguen cumpliendo ampliamente tras 14 meses de trayectoria. La implementación del proceso en nuestra área ha mejorado de forma clara la asistencia y continuidad asistencial interniveles como los reflejan los resultados y la valoración obtenida de la opinión de los pacientes (recogida mediante encuesta). La introducción del proceso asistencial no ha ocasionado un aumento en el numero de consultas en el área especializada, sino que la demanda se ha mantenido constante, mejorando claramente tanto las indicaciones de derivación como el cumplimiento de los requisitos pactados entre primaria y atención especializada.

Conclusión: La completa compenetración interniveles asistenciales es el eje en el que pivota el éxito de la implementación del proceso asistencial. La confianza y cercanía entre los diferentes profesionales implicados permite hacer del proceso una realidad en nuestra área asistencial.

C-325

APLICACIÓN DE LA GESTIÓN POR PROCESOS EN LA DEMANDA ASISTENCIAL URGENTE FUERA DEL CENTRO DE SALUD RURAL

E. Albalat, M.J. Rabadá, J. Valero, E. Castejón, M. Cots y M.C. Zafra
ABS La Selva del Camp.

Palabras clave: Procesos, Atención Primaria, Urgencias.

Objetivos: Sistematizar el trabajo de los equipos de mejora según los parámetros de la gestión por procesos (GPP) en la ejecución de asistencia urgente fuera del centro, siguiendo la política de calidad de nuestra empresa gestora. Coordinar la demanda de atención fuera del centro para que la actuación sanitaria sea lo más eficaz y eficiente posible.

Metodología: Aplicación de la sistematica de la GPP (descripción del proceso, gestión, evaluación y mejora). Obtención de datos a través de registro en papel, en la que el personal describe la actuación. Parámetros valorados: fecha, hora de recepción, procedencia, motivo y lugar del aviso. Hora de llegada al siniestro, presencia de otros servicios públicos, número de afectados y de atendidos, edad de atendidos, pacientes derivados, número de exitus, orientación diagnóstica, hora de llegada al centro y número de usuarios que hay en la sala de espera en el momento de la salida.

Resultados: Indicadores gestión (IG) de cantidad: nº salidas 118; nº asistencias realizadas 120; nº salidas sin actuación: 0. IG de calidad: asistencias realizadas según diagnóstico: trastornos respiratorios 19%, mareo inespecífico 11%; trastornos digestivos 9%; ansiedad/agitación 8%; mal estado general (MEG)/dolor: 8%; pacientes evacuados: 22 (18,3%); exitus: 11 (9,16%). IG de calidad percibida: nº pacientes en sala de espera en momento salida: 48 pacientes al año. IG de entrega: media del tiempo respuesta a la demanda urgente 9,84 minutos; media tiempo de retraso en la consulta programada: 31,53 minutos. El 54% de salidas se realizaron en horario de consulta (de 8 a 21 h.).

Conclusiones: La aplicación del modelo de la GPP en la demanda de atención urgente fuera del centro nos permite valorar la situación de partida de nuestro centro al respecto, valorar indicadores y mejorar la atención a esta demanda. El registro realizado nos permite conocer necesidades de mejora en autoprotección, en el registro de salidas y en comunicación. Para el personal sanitario que atiende en consulta diaria de 8 a 21 h, supone un retraso de 30 minutos aproximadamente en consulta al atender una demanda fuera del centro, lo que supone una sobrecarga de trabajo. La aplicación de una sistemática de trabajo, permite al equipo sanitario trabajar con los mismos criterios. Durante el trabajo en la GPP nos ha permitido reciclarlos en el uso de protocolos de patología urgente.

C-327

Palabras clave: Atención primaria, riesgos, procesos soporte.

Introducción: La gestión de riesgos sanitarios (GRS), salvo contadas experiencias hospitalarias, es aún incipiente en el ámbito de la gestión de servicios de salud en nuestro país. Recientemente, Reino Unido, Estados Unidos, Australia y Canadá han venido desarrollando políticas y estrategias nacionales para la GRS que se integran en sus modelos y esquemas de acreditación de servicios sanitarios. El desarrollo del Modelo de Acreditación de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) es una oportunidad para avanzar hacia un esquema compartido para la GRS en nuestra Comunidad.

Objetivos: Diseño del Proceso de GRS para el Distrito Sanitario Málaga (DSM).

Metodología: Definición del marco teórico para la GRS en Atención Primaria. *Instrumentos:* Manual de Estándares de Calidad para Unidades Clínicas de Gestión (ACSA); IDEFO y Mapas de riesgos. Resultados Política de riesgos sanitarios del DSM. Mapa del Proceso de GRS del DSM e inicio de pilotaje en dos unidades clínicas: Identificación, análisis y evaluación de riesgos sanitarios y, prevención, control, reducción, retención y transferencia de riesgos. Mapas de riesgos de las unidades. *Procedimientos:* Notificación de incidentes adversos reales o potenciales; Gestión de la seguridad de la prescripción e incidentes y accidentes biológicos.

MESA 42

Calidad Enfermería (VI)

DERMOPUNCIÓN: LA EXCELENCIA DE CALIDAD EN LA EXTRACCIÓN PEDIÁTRICA

A. Bayona, A. Carreño, I. Alonso, C. Abelló, M.A. Pujol
y M.V. García
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Palabras clave: Dermopunción, microextracción.

Objetivo: Reducir al mínimo la cantidad de sangre extraída a los niños para análisis de laboratorio. Potenciar la técnica de dermopunción ya que minimiza el riesgo del paciente y disminuye las cargas de trabajo de enfermería.

Metodología: Se ha realizado el diagnóstico de situación actual a fin de conocer el tipo de extracción realizado: Se han efectuado 907 extracciones por dermopunción sobre un total de 2459 extracciones pediátricas realizadas en recién nacidos, lactantes y niños cuyo peso, edad o situación precaria lo requería. Elaboración del manual de procedimiento de las punciones pediátricas: Sistemas de extracción (venosa y dermopunción). Recomendaciones de uso. Adecuación de los tubos y de las cantidades mínimas de sangre, tanto venosa como con dermopunción, en función del tipo de analítica. Determinación de las zonas más adecuadas para extracción (dermopunción). Explicación de la sistemática de utilización de lancetas. Priorización en el orden de tubos y en la extracción. Justificación de las circunstancias que pueden alterar los resultados analíticos (fototerapia, entrada aire en los capilares (gases), recién nacido < 4 horas de vida...). Sistemas de inmovilización de los niños para facilitar la extracción. Difusión del manual al personal técnico de extracciones y a todo el personal de enfermería de las unidades mediante reuniones formativas en todos los turnos.

Resultados: 1. Elaboración de un manual de bolsillo simplificado y de accesibilidad rápida a la información relevante. 2. 200 personas formadas en la técnica de micro-extracción sobre un total de 368 enfermeras pediátricas. 3. 100% técnicos extractores formados.

Conclusiones: Consideramos que la extracción pediátrica es un trabajo de "artesanía" y como tal tiene que ser valorado, ya que no es lo mismo hacer una extracción a un paciente adulto que a un niño prematuro. Las condiciones para realizarla son evidentemente muy diferentes y se tiene que contemplar la dimensión de dificultad que conlleva. El sistema de la dermopunción permite llevar a cabo una extracción más fácil y accesible para nuestro paciente, sin detrimento de las cotas de calidad que queremos alcanzar.

LA CALIDAD ASISTENCIAL VINCULADA A LA TECNOLOGÍA. ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SUPERFICIES DINÁMICAS

F. Ruiz, M. Rodríguez, F. García, R. Malia, R. Almozara y J.E. Torra

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-330

Palabras clave: Prevención, úlceras por presión, calidad.

Objetivos: Es una realidad palpable que en las UCIs, existe un destacable número de pacientes a quienes por diferentes motivos no se les pueden efectuar cambios posturales. Estos pacientes constituyen una población de altísimo riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP), por lo que en la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de UPP de nuestro Hospital se contempla la necesidad de que estos pacientes utilicen superficies especiales para el manejo de la presión.

Método: Se planteó la realización de un trabajo de investigación para poder describir las principales características de los pacientes a los que no se les pueden realizar cambios posturales, así como determinar la efectividad de la utilización de un parque de SEMP de medio y alto riesgo en la prevención de UPP para éste tipo de pacientes.

Resultados: El estudio se inició el 1 de marzo de 2004 y se ha terminado el 1 de enero de 2005. Se han incluido un total de 33 pacientes con un total de 694 días sin cambios posturales. Un 14,3% de los pacientes están de 1 a 14 días sin cambios posturales, un 53,6% de 15 a 28 días y un 32,1% más de 28 días. Los motivos por los que los pacientes están sin cambios posturales son: utilizar un sensor de presión intracranial (PIC) 53,6%, inestabilidad hemodinámica 14,3%, lesión medular 14,3%, obesidad mórbida ó lesión medular + PIC 7,1%, hemofiltración 3,6%. De los 33 pacientes, 8, un 28,6% presentan UPP incidentes. La incidencia de UPP según tiempo de ingreso es del 0% en los pacientes ingresados de 1 a 14 días, del 40% en los del grupo de 15 a 28 días y del 22% en los del grupo de más de 28 días de ingreso. Las UPP incidentes aparecen por término medio a los 14,86 +/- 10,23 (DE) días de ingreso (Intervalo de confianza del 95% de la media: 20,1; 20,5). En total aparecen 13 UPP incidentes, 4 (30%) en talones, 3 (23% en sacro), 3 (23% en espalda), 2 (15%) en occipital y 1 (7%) en oreja. De ellas 4 (un 30%) revierten antes del alta del paciente.

Discusión: A tenor de los resultados de nuestro estudio, podemos destacar el elevado número de pacientes a quienes por diferentes motivos no se les pueden aplicar cambios posturales y la efectividad del parque de SEMP utilizado al conseguir unas cifras muy bajas de incidencia de UPP en un colectivo de altísimo riesgo en el que se esperaría una incidencia del 100%.

MEJORA EN LA UTILIZACIÓN DE UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA TRAS LA PROTOCOLIZACIÓN DE INGRESOS

A. Broto, C. Tello, R. Peinado, T. Hernández, T. Antoñanzas y T. Escrivano

Clinico Universitario L. Blesa. Zaragoza.

C-331

Palabras clave: Protocolos, información, agilización.

Objetivo: Ofertar a los servicios médico- quirúrgicos una unidad de 24 camas de lunes a viernes para ingresos programados. Reducir estancias inadecuadas mediante protocolos consensuados con los servicios. Optimizar la utilización de camas en base a la agilización de altas.

Metodología: Gestión de la Unidad por Enfermería y Admisión (Coordinador Médico). De las 24 camas, 2 se reservan exclusivamente a estudios de sueño. Se estableció la definición de la unidad facilitando a los servicios las condiciones de ingreso. Éstas incluían una estancia inferior a 5 días, la obligatoriedad de facilitar fecha de ingreso, la de la programación de la exploración o intervención prevista y la de alta probable. Detectados los posibles procedimientos tributarios de ingreso, se solicitó a los servicios la realización de los protocolos correspondientes. En caso de complicación o prolongación de la estancia por otros motivos, se debía asumir el traslado del paciente a su servicio. La normalización del horario de pase de sala y realización de informe de alta de forma precoz completaban las condiciones exigidas para agilizar las altas. La información a los pacientes por Enfermería acerca de las características de la unidad facilitaba este último punto.

Resultados: Desde la creación de la unidad en el año 2000, la mayor dificultad en la gestión se debía a la ocupación de las reservas por el servicio de urgencias y al menor número de solicitudes para jueves y viernes. Con la gestión centralizada de camas en Admisión desde Noviembre de 2004, la programación realizada conjuntamente por personal de Enfermería de la propia Unidad y el Servicio de Admisión, ha permitido el ingreso de 1150 pacientes hasta abril de 2005. A pesar de la alta rotación mensual (15,5), lo que obliga a agilizar al máximo las altas, no ha habido ninguna reclamación de esta unidad al Servicio de Atención al Paciente. La ocupación hospitalaria mantenida > 95% ha obligado a realizar ingresos urgentes que han alcanzado el 15% en los últimos 6 meses. A pesar de ello, con la gestión centralizada en el Servicio de Admisión se ha conseguido en este periodo la reducción de los traslados a otras unidades del 29 al 20%. Actualmente son 46 los protocolos facilitados por los servicios.

Conclusiones: La creación de un hospital de semana permite optimizar el recurso "cama". La protocolización de los procedimientos, junto con la información a los pacientes a su ingreso ha permitido agilizar las altas sin detrimento de la calidad y confort percibido por el paciente.

DISEÑO DE PROYECTO DE IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

M.P. Lillo, V.L. Carrascosa y M. Gómez
Hospital Virgen de la Luz.

C-332

Palabras clave: Dispositivos seguridad, prevención.

Objetivos: Prevenir el riesgo biológico hemático en el personal sanitario. Reducir el índice de siniestralidad por contaminación con fluidos biológicos.

Métodos: Estudio realizado en el año 2003. Identificación de riesgos posibles o susceptibles de contaminación. Identificación desoluciones, estudiando así todas las posibilidades de cambio existentes en el mercado. Solicitud de información técnica y económica a las diferentes casas comerciales existentes en el mercado. Estudio retrospectivo de siniestralidad en el año anterior (2002). Estudio costes de accidentes por contaminación biológica. Estudio comparativo de costes accidente-dispositivo de seguridad. Presentación estudio gerencia.

Resultados: Las técnicas asociadas a los riesgos identificados fueron: Cateterismo venoso periférico, extracción de muestras, administración de medicación IV, IM, subcutánea, intradérmica. Los dispositivos identificados para eliminar este riesgo son: Catéter corto vía periférica, Aguja extracción vacío, válvula accesoiv, jeringas: gasometría, hipodérmica, agujas gripper, sistemas de infusión (palomillas). La siniestralidad en el año 2002 fue: 55 accidentes, de los cuales 99% son percutaneas y corresponden: 79% Enfermería, 8% Médicos, 9% Auxiliares de Enfermería, 2,2% Técnicos de laboratorio, 1,8% Personal de limpieza. Un total de 90%. Pinchazos, y un 10% Cortes. Material causante de la exposición accidental: 82% aguja de extracción o catéter iv, 15% de instrumental cortante o quirúrgico, 3% material de cristal. El 51,6% de las lesiones percutaneas tuvieron lugar con material de alto riesgo. Los costes serológicos de seguimiento de un accidente laboral son: Coste con fuente negativa a tres virus: 260 euros. Coste con fuente positiva a uno de los tres virus: 500 euros. Coste Medio: 350 euros. Si sumamos el coste de la gamma-globulina en caso de no estar vacunada la persona accidentada aumentaríamos en un 10% los costes. El coste de una hepatitis C contraída por un empleado supera los 36.000 euros, sin contar los costes no mensurables que suponen la afectación personal, familiar y social del trabajador afectado. La diferencia económica resultante del cambio de material es de 1,56 euros por unidad de material.

Conclusiones: Las ventajas saludables que presenta la sustitución de los dispositivos punzantes por los de seguridad son indiscutibles y no pueden pasar desapercibidas a nuestros gestores puesto que protegen a su personal y a su vez el aumento de gasto en material no es comparable con el que ocasiona el accidente.

ENFERMERÍA: MIEMBRO ACTIVO DEL GRUPO DE MORTALIDAD

M. Anfruns, C. Serrabasa, L. Montero, R.M. Vivet, R. Carrera y A. Moleiro
Hospital General de Vic.

C-333

Palabras clave: Enfermería, calidad de muerte, indicadores.

El Hospital General de Vic revisa desde 1985 las historias clínicas de todos sus exitus, para la detección de opciones de mejora, y desde 1994 también se analiza la calidad de muerte. Inicialmente el grupo de mortalidad estaba integrado por médicos de diferentes especialidades, y no fue hasta 2003 que se incorporaron, a las reuniones mensuales del grupo, dos enfermeras, una representante del área médica y otra del área quirúrgica, con el objetivo de analizar la documentación de enfermería de los exitus, analizar la calidad de muerte, y valoración de todos los ESPH (exitus secundarios a problema hospitalario) para detectar opciones de mejora en enfermería. La Metodología que se ha utilizado ha sido la determinación del criterio de nota de exitus de enfermería correcta y difusión al resto de enfermeras del Hospital, y realización de un análisis de la concordancia de la valoración de 15 parámetros de calidad de muerte entre médicos y enfermeras del Grupo de mortalidad, para posteriormente ser un tema de valoración exclusiva de enfermería que se somete a consenso en las reuniones de todo el grupo de mortalidad. Los criterios de calidad de muerte surgen del protocolo de atención al paciente terminal del Centro. Para la realización del análisis de la información referente a la atención de enfermería se ha adaptado la hoja de recogida de datos médica, y estando actualmente en fase de integración en el sistema informático del Hospital.

Resultados 2004: Revisión de las 394 historias de los exitus (100%). Nota de exitus de enfermería correcta en un 94,7%. Incremento de la participación en la revisión de historias clínicas, de 4 a 10 enfermeras en el 2004.

Calidad de muerte: el 63% constan como enfermos terminales, y un 98% con tratamiento para control de síntomas, eficacia del 96%. El 70% fallecen en habitación individual, y acompañados por familiares o personal sanitario en el 82%. Constancia escrita de la información a familiares en el 75%, un 9% no se dispone de la información en la historia clínica. Revisión de la historia clínica de los exitus que han sufrido una caída durante la estancia en el Centro, como resultado de un ESPH imputado a enfermería.

Conclusiones: Gran implicación del personal de enfermería en la mejora de la calidad de muerte, mejorando los porcentajes respecto a 2003, como el incremento de pacientes con síntomas controlados y habitación individual. Debemos mejorar la información sobre el desenlace a las familias y el registro de estos aspectos en la historia clínica y de enfermería.

IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA LUZ

M.P. Lillo, V.L. Carrascosa y M. Gómez
Hospital Virgen de la Luz.

Palabras clave: Dispositivos seguridad, prevención.

Objetivos: Prevenir la contaminación por agentes biológicos de todo el personal del hospital (sanitarios y no-sanitarios). Favorecer la seguridad de los profesionales sanitarios en el desempeño de su trabajo diario.

Métodos: Una vez elaborado el diseño del proyecto y haber sido aprobado por la gerencia, iniciamos el plan de acción siguiente: Elección de los dispositivos a sustituir y priorización del cambio. Contacto con las diferentes casa comerciales que distribuyen los dispositivos de seguridad. Solicitud de muestras e información de las mismas. Presentación a la supervisora de calidad de todos los productos de seguridad existentes en cada una de las casas comerciales y sus diferentes técnicas de uso. Presentación a las supervisoras de todas las unidades de los (DS) a cargo de las casas comerciales. Taller de formación en prevención de riesgos biológicos de 2 horas dirigido a todo el personal del hospital. Muestreo de todos los dispositivos de seguridad en tres unidades piloto (Urgencias Cirugía, Med interna, Extracciones) durante un mes. Evaluación de muestreo y elaboración de informe definitivo (15 días). Presentación de dispositivos seleccionados a todo el personal del hospital. Formación in situ durante tres días de la utilización de los DS. Decisión de fecha e implantación DS. Implantación.

Resultados: En Octubre de 2003 se implantan los dispositivos de seguridad en todas las unidades sin retirar los anteriores. La casa comercial de elección esta presente en la primera semana de la implantación como apoyo a las unidades. En Enero 2004 se retira todo el material punzante sin seguridad de las unidades. Los resultados de siniestros en Enero de 2005 son: N° accidentes: 6, de los cuales un 67% son con material quirúrgico (bisturí, aguja sutura) y un 33% con material punzante (Agujas im hipodérmica,) no había sido sustituido.

Conclusiones: La reducción de la siniestralidad ha sido del 100% en todos los dispositivos sustituidos por lo que, diremos que la progresiva sustitución de los productos sanitarios punzantes y cortantes por los dispositivos de seguridad son las Medidas de Prevención más eficaces para lograr reducir el Riesgo en el Personal Sanitario.

C-334**EVALUACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS REALIZADAS PARA SUPERAR LA BARRERA IDIOMÁTICA EN URGENCIAS**

S. Navarro, S. Díaz, R. Roy y F. Pozo
Fundación Hospital Alcorcón.

C-336

Palabras clave: Inmigrante, comunicación, triaje.

En los últimos años hemos observado un aumento importante de la población inmigrante que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital, estos pacientes no siempre dominan la lengua castellana o vienen acompañados de alguna persona que la domine, lo que dificulta la comunicación con ellos. Esto resulta un problema sobre todo en el área de triaje donde la enfermera debe clasificar al paciente a un área determinada dependiendo del nivel de urgencia, para esto debe determinar cual es el motivo de consulta. Para superar este problema se realizaron 5 fichas traducidas cada una a los 5 idiomas que observamos eran más frecuentes (español-árabe, español-polaco, español-rumano, español-ingles y español-francés). El diseño de estas fichas se basa en preguntas con respuestas cerradas para determinar posibles motivos de consultas, frecuencia, duración, antecedentes y un esquema del cuerpo para poder señalar la parte afectada. En el presente trabajo vamos a evaluar: La utilización y valoración de las fichas por parte del personal de enfermería por medio de una encuesta con preguntas cerradas. La validez de las fichas para determinar el motivo de consulta por medio de una revisión de historias clínicas, valorando si el motivo de consulta determinado por la enfermera es adecuado con el área asignada para la atención en función de su nivel de urgencias y el diagnóstico final del paciente.

EVOLUCIÓN DE UN PROGRAMA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN 2002-2005

L. Arantón, A. Facio, J.M. Rumbo y M.C. Carballal
Hospitalario Arquitecto Marcide- Ferrol.

C-335

Palabras clave: Enfermería, prevención, error de medicación.

Introducción: La notificación de errores de constituye una valiosa fuente de información para la mejora de la calidad asistencial. Facilita las herramientas necesarias para instaurar acciones correctivas y sirve de retroalimentación directa para el personal implicado. Por su actividad, el personal de enfermería, está en una situación ideal y clave para poder "detectar", "evitar" y "notificar" los posibles errores.

Objetivo: Analizar la evolución del sistema de detección y notificación de errores de instaurado en nuestro centro desde finales del año 2002, las acciones correctivas implantadas y su repercusión.

Método: Desde el Comité Técnico Sanitario de Calidad de Enfermería, se crea un equipo de mejora tipo QIT (Quality Improvment Team), cuyo sistema de trabajo es la técnica cualitativa de consenso dentro del grupo nominal. Se elabora e implanta un procedimiento de prevención de errores de medicación, estableciendo los cauces de notificación. A su vez analiza los errores notificados y define e instaura las acciones correctoras pertinentes, completando el círculo de calidad: planificar, desarrollar, evaluar y mejorar, como estrategia de mejora continua.

Resultados: El Equipo de Mejora QIT, define e implanta el procedimiento, monitoriza y analiza los errores notificados, establece medidas de mejora y revierte de nuevo la información a los profesionales implicados (póster (A3) y sesiones informativo-formativas). Se busca fomentar una Cultura de Seguridad, a través de un método no punitivo, que facilite la comunicación espontánea, sin centrarse en el error humano. En el año 2003 se notificaron 50 errores, evidenciándose como causas principales la trascipción incorrecta (72%), olvidos (30%) y verificación inadecuada (24%); tras su análisis y posteriores acciones de mejora, la notificación aumenta casi al doble (92 errores en el año 2004); el análisis causal determina una mejora importante en los aspectos abordados (la trascipción pasa al 35%, los olvidos al 22% y la verificación al 10%), aunque también se evidencian nuevas oportunidades de mejora (órdenes mal cumplimentadas pasan de 12% a un 24%). De enero a mayo de 2005 se notificaron 41 errores. Todos los datos serán expuestos durante el congreso.

Conclusiones: Este programa permite: Conocer el tipo, frecuencia y causas de los errores cometidos. Elaborar y establecer pautas o normas preventivas específicas. Evitar reticencias de los profesionales, mejorando su seguridad y la de los pacientes. Evidenciar nuevas áreas de mejora.

MESA 43

Calidad científico-técnica (VI)

ADECUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE LAS INDICACIONES EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

F. Llanes, M.P. Valpuesta, A. Barranquero, E. Hidalgo, M.A. Iraitorza y E. Sandoval
Servicios Centrales del S.A.S.

C-338

Palabras clave: Auditoria, indicaciones procedimientos.

Introducción: A raíz de la publicación del Decreto 209/2001 de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, en nuestro servicio se trabajó junto con las Sociedades Científicas, de las especialidades implicadas, en el consenso de las indicaciones adecuadas para los procedimientos más frecuentes incluidos en el Decreto y que fueron publicadas mediante las Circulares de la Dirección General de Asistencia Sanitaria 2/2002 y 3/2002 de 7 de marzo y 6 de mayo respectivamente.

Material y métodos: Con objeto de conocer si las Indicaciones para las intervenciones quirúrgicas, realizadas por los facultativos en los diferentes hospitales, se adecuan a las acordadas con las Sociedades, la Dirección General de Asistencia Sanitaria decide realizar auditorias, tomando como objeto de las mismas, aquellos procedimientos quirúrgicos que en cada centro sean más numerosos dentro del Registro de Demanda Quirúrgica. Las historias auditadas se toman del total de pacientes en lista de espera quirúrgica, siendo el tamaño de la muestra calculada mediante el programa Epiinfo. Se auditán 8 Hospitales. Las indicaciones auditadas son: Cataratas, Prótesis total de Rodilla, Prótesis total de Cadera, Artroscopia de rodilla, Amigdelectomía sin/con adenoidectomía y Ligadura y extirpación de varices venosas en M.I.

Resultados: El nivel de cumplimentación de las historias clínicas difiere en función de la especialidad y el centro. Hay variabilidad en los modelos de protocolos preoperatorios entre los diferentes centros. Las indicaciones, en general, se ajustan a las indicaciones consensuadas.

Conclusiones: El nivel de cumplimentación de las historias clínicas es determinante para la consecución los objetivos de la auditoria. Las indicaciones, en general, se ajustan en un alto porcentaje a las indicaciones consensuadas.

HALLAZGOS INCIDENTALES EN ECOCARDIOGRAFÍA-DOPPLER EN RELACIÓN CON LA EDAD

B. Ordóñez, B. Lacambra, L.M. Álvarez, A.I. Legazcua, M. González e I. Ferreira
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

C-337

Palabras clave: Hallazgo incidental ecocardiografía.

Objetivo: Determinar si la aparición de hallazgos incidentales (no sospechados por los antecedentes, la clínica y la exploración del paciente) y hallazgos incidentales significativos (los que modifican el diagnóstico principal del paciente o la terapéutica), en las solicitudes de ecocardiograma en un laboratorio de un hospital terciario, tiene relación con la edad.

Material y métodos: Se analizaron de forma prospectiva todas las solicitudes de ecocardiograma-doppler realizadas en nuestro laboratorio durante el mes de abril de 2005: 482 estudios. Se valoró el motivo de solicitud, tipo de indicación, procedencia, diagnóstico clínico y ecocardiográfico, información adicional proporcionada por el estudio y la aparición de hallazgos incidentales (no sospechados por los antecedentes, historia o exploración). Se eliminaron de la base de datos todos los realizados en pacientes pediátricos en los que predomina la patología congénita o hereditaria.

Resultados: Se observaron un 32,2% de hallazgos incidentales no significativos y 17,2% de hallazgos incidentales significativos. La media de edad era mayor en los pacientes con hallazgos incidentales (68,15 años versus 62,68); cuando sólo se consideraron los casos con hallazgos incidentales significativos también eran de mayor edad (68,49 versus 63,67 años). Esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Conclusión: La detección de hallazgos incidentales en ecocardiografía-doppler se incrementa con la edad. La utilidad de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en ecocardiografía es menor en los pacientes mayores dada la más alta probabilidad de hallazgos incidentales que supongan cambios en el diagnóstico principal o en la terapéutica.

PRIMEROS PASOS PARA EL ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD A NIVEL DE TODA UNA COMARCA

A. Moleiro, L. Ugas, A. Tantiá, R. Carrera, D. Palao y A. Iruela
Hospital General de Vic.

C-339

Palabras clave: Mortalidad, revisión, suicidios.

El Hospital General de Vic realiza desde 1985, el análisis de todos los exitos, integrándolo en la práctica diaria de los profesionales asistenciales. Debido a la importancia de la relación entre niveles, junto con la experiencia acumulada en la revisión de mortalidad, durante el año 2004 se planteó como objetivo extrapolar a nivel Comarcal el análisis de diferentes aspectos de la mortalidad, como herramienta que facilita la relación entre niveles. Metodología utilizada fue establecer relaciones específicas con un equipo de asistencia primaria (Osona-Sud-Alt Congost), y con los especialistas de Salud mental de Osona. Según referencias bibliográficas el 90% de los suicidios se suceden en personas con enfermedades mentales, por este motivo se revisan a nivel de Salud mental todos los casos de suicidio a nivel Comarcal, y a nivel de Primaria se realiza el análisis de la mortalidad de su población de referencia, 9700 habitantes. En cada uno de los ámbitos de actuación se han establecido los circuitos de detección y parámetros de revisión de los exitos, con registros específicos para cada uno, y con el soper de la unidad de Calidad del Hospital, para detectar opciones de mejora.

Resultados de 2004: Presentan un incremento del porcentaje de exitos revisados a nivel comarcal, análisis sistemático de los ESPH (exitos secundario a problemas hospitalarios), los ESPAP (exitos secundario a problema en asistencia primaria) y los PAS (problema asistencial relacionado con el suicidio). Se han realizado sesiones conjuntas de mortalidad con el área básica y Salud mental. *Áreas de mejora específicas realizadas son: Salud mental:* protocolo de consenso de prevención de suicidios, sesión formativa sobre calidad y prevención del suicidio profesionales asistenciales, registro de casos centinelas en caso de suicidio dentro del Hospital. *Área básica:* integración de las sesiones de mortalidad dentro de su programa habitual, mejora del registro de la historia clínica informatizada de los pacientes, acciones puntuales en las residencias de la zona a cargo del área básica.

Conclusiones: El análisis de la mortalidad es un buen instrumento para relacionar a los profesionales del Hospital General de Vic con los de primaria y los especialistas de Salud mental, a su vez la revisión de la mortalidad favorece la autocritica y ayuda a detectar opciones de mejora. Se realiza prevención de suicidios a los pacientes de Salud mental de forma sistemática. Se ha dado el primer paso para un análisis global de la mortalidad de toda una comarca.

MEJORA DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA A TRAVÉS DE AUDITORIAS PERIÓDICAS DE HISTORIAS CLÍNICAS

N. Domínguez, J. Ventosa, P. Galego, L. Verde, R. Bugarín
y A. García
SERGAS.

C-340**Palabras clave:** Auditoria, primaria, calidad.

Introducción: El servicio gallego de salud, durante los últimos 5 años viene desarrollando un proceso de auditoria de historias clínicas anual en atención primaria, con el fin de evaluar los objetivos asistenciales pactados. Conociendo estos datos, fue posible comparar los mismos y ver la evolución en la calidad de los registros en las historias clínicas.

Objetivos: Establecer un círculo de mejora de la calidad. Conocer la evolución en los últimos años del grado de cobertura de historias clínicas y de la calidad de sus registros a través del estudio de la cumplimentación de ítems previamente establecidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal con comparación de resultados desde el año 2000 al 2004. **Ámbito:** todas las unidades de atención primaria del servicio gallego de salud. Se evaluaron un total de 84.960 historias en el año 2000 y 135.540 en el año 2004. Las historias fueron seleccionadas mediante muestreo sistemático. El proceso de auditoria fue mixto (evaluadores externos, personal directivo y personal de la propia unidad).

Resultados: la evolución tanto en cobertura como en calidad del registro en la historia clínica muestra una mejoría franca. Así la cobertura de historias clínicas pasó de 77% al 86%, el uso de la misma del 61% al 75%, la hoja de problemas correcta del 79% al 86%, las actividades preventivas: sobre la HTA de 71% al 75%, sobre el hábito tabáquico del 64% al 71%, pacientes diabéticos conocidos del 51% al 62%, pacientes inmovilizados del 22% al 32%... Se ha introducido en la organización la cultura de evaluación para la mejora continua. El proceso de auditoria ha contribuido como herramienta incentivadora a la mejora de la calidad de la historia clínica.

PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES. HOSPITALES DEL S.A.S. METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES

J. Jimón, C. Gallo y M.A. Irastorza
Servicios Centrales del S.A.S.

C-341**Palabras clave:** Infección nosocomial, vigilancia, control.

Objetivo: A pesar de los avances que se han producido en estos últimos años en el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, las infecciones nosocomiales siguen siendo un reto para la atención que se presta en los sistemas sanitarios. Los niveles de infección se consideran un buen indicador de la calidad de la asistencia sanitaria, y la prevención o reducción de la frecuencia debe estar entre los objetivos que presta cada hospital y el sistema sanitario.

Métodos: La metodología general de detección de casos de infección nosocomial debe presentar entre otras, las características generales de ser: activa; orientada al paciente, utilizando todas aquellas fuentes de información complementarias y básicamente prospectiva, que permita intervenir y controlar situaciones actuales. Como metodología de trabajo para el Plan de actuación se constituyó una Comisión compuesta por profesionales expertos con participación de las distintas Sociedades Científicas implicadas. El Plan contempla dotar a los hospitales del S.A.S de un sistema común mínimo para la vigilancia de la infección nosocomial. Se ha elaborado un sistema de vigilancia de infección hospitalaria aplicable a todos los hospitales del SAS que se basará en líneas comunes debiendo, además, cada hospital desarrollar otros objetivos específicos de cada centro según sus peculiaridades y necesidades.

Resultados: El Plan de mínimos de Vigilancia incluye: Prevalencia de infección nosocomial (IN) global. Incidencia de IN en Unidades de Cuidados Intensivos. Incidencia de IN en el área quirúrgica. Incidencia de infección por microorganismos de especial interés o multirresistentes. Estudio de la resistencia y uso de antibióticos.

Conclusiones: Los datos que se presentan siguen el modelo de indicadores que han configurado la "propuesta de mínimos" para los hospitales durante los años 2002-2004. Se han calculado los indicadores globales para el conjunto de la red (33 hospitales) y también según clasificación de éstos en "regionales o de especialidades" (14 hospitales) y "comarcales" (19 hospitales). Sobre la base del Sistema de Vigilancia establecido, se está trabajando en otros aspectos de medidas de control efectivas, que se consideran prioritarias (higiene de manos y uso correcto de guantes, prevención de infecciones asociadas al uso de procedimientos invasivos, medidas de aislamiento y protección ante enfermedades transmisibles emergentes, política antibiótica y prevención de resistencias).

ANALGESIA EN PACIENTES TRAUMATIZADOS GRAVES EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIO

F.J. Ávila
EPES 061 SP Cádiz.

C-342**Palabras clave:** Analgesia trauma extrahospitalario.

Objetivos: Evaluar la analgesia administrada por los equipos de emergencia 061 en Cádiz en pacientes traumatizados graves asistidos por los mismos.

Método: Se trata de un estudio descriptivo de tipo retrospectivo, sobre una población total de 509, historias clínicas de pacientes asistidos y trasladados por los equipos de emergencia del 061 en Cádiz, durante el período comprendida entre los meses de mayo de 2004 a abril de 2005, ambos inclusive. **Se analizaron dos tipos de variables:** *De tipo cuantitativo:* % de pacientes asistidos cuya situación clínica requería la administración de algún tipo de analgesia, % de pacientes analgesiados y % de casos donde las medidas de movilización e inmovilización se hicieron correctamente y contribuyeron a la analgesia de los mismos. Media del nivel de dolor percibido al inicio y final de la asistencia y % de pacientes con percepción final de dolor nula. *De tipo cualitativos:* tipo de analgésico empleado. Para evaluar el dolor percibido por los pacientes se utilizó la escala de valoración numérica. **Criterios de inclusión:** Pacientes traumatizados graves, asistidos por los equipos de emergencia 061 y trasladados por los mismos (código de resolución 35), cuyo primer juicio clínico según clasificación CIE9 MC estaba comprendido entre los códigos entre el 800.00 y 959.9. **Criterios de exclusión:** pacientes inconscientes o agitados, cuyo nivel de conciencia no permitía la valoración del dolor percibido según la escala referida.

Resultados: Se evaluaron 509 Historias Clínicas, de las cuales se excluyeron 171 casos (33,59%). De los 338 casos incluidos, el 99,40% recibió algún tipo de tratamiento analgésico. En el 74,10% se utilizaron analgésicos de tipo opiáceo. En el 25,9% se administraron analgésicos no esteroides. En el 98,68 % de los casos se realizó una movilización e inmovilización adecuada de los pacientes, lo que contribuyó a las medidas de analgesia. En el 94,06 % de los casos se realizó una valoración inicial y final del nivel de dolor percibido por el paciente. La media del dolor inicial era 4,83. La media del dolor final era 2,24. El % de casos con dolor final 0 era 31,76%.

Conclusiones: La asistencia extrahospitalaria de los pacientes con trauma grave se realiza en base a unos estándares de calidad, entre los cuales incluimos la valoración del dolor percibido por el paciente, la cantidad de pacientes analgesiados y la calidad del tratamiento administrado. Consideramos que en base a los resultados obtenidos, se garantiza una asistencia de calidad a dichos pacientes.

PROTOCOLO DE CONSULTA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA

J.A. Ruiz, F.J. García, T. Cubero, D. Giménez, M. Pérez
y M. González
Hospital J.M. Morales Meseguer.

C-343**Palabras clave:** Prevención Secundaria. SCA.

Introducción: El seguimiento protocolizado del paciente que ha tenido Síndrome Coronario Agudo (SCA) en una consulta específica de Prevención Secundaria (PS) en Cardiología, conlleva una mejora en el cumplimiento de las medidas y hábitos de control de los factores de riesgo (FR) y un mejor seguimiento y adherencia del tratamiento por parte del paciente, lo que habitualmente se traduce una evolución clínica más favorable.

Métodos: Desde Enero/02 seguimos un protocolo con 3 revisiones fijas tras el alta hospitalaria: *C1* (2 meses) con analítica, optimización del tratamiento y control de cumplimiento de los consejos previamente dados; *C2* (6 meses) lo mismo que C1, más test de detección de isquemia miocárdica y *C3* (1 año) reevaluando el cambio de hábitos y control de FR según los objetivos establecidos en las Guías vigentes.

Resultados: Evaluados los primeros 100 pacientes que completaron el protocolo (90 varones con edad 59,7 ± 9,7 a, 57 tras infartos de miocardio y 43 tras angor inestable). Los FR más prevalente fueron: Dislipemia (65%), HTA (52%), tabaco (39%) y diabetes (37%). Con el protocolo, como más relevantes, se consiguió mejoría en el control de FR desde C1 a C3 (sobre todo, tabaco y ejercicio, ambos $p < 0,001$) con seguimiento del tratamiento (95,8%) y de la dieta (77,8%).

Conclusiones: Tras 1 año de seguimiento de un protocolo de PS, los pacientes con SCA presentan mejor control de los FR desde el alta con una alta adherencia al tratamiento.

**ACCIONES DE MEJORA EN LA APLICACIÓN DE
RECOMENDACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA
INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA**

C. Gallo, J. Llimon, A. Irastorza, J. García e I. Conde
Servicios Centrales del S.A.S.

C-344

Palabras clave: Control, infecciones, quirúrgicas.

Es habitual la realización de medidas de vigilancia y control de infecciones nosocomiales (IN) en nuestros centros hospitalarios, como actuaciones sanitarias dirigidas a la calidad, coincidentes en algunos aspectos pero, en definitiva, planificadas y gestionadas desde la propia idiosincrasia del centro. Teniendo presente la diversidad de acciones emprendidas por los hospitales, el Servicio Andaluz de Salud definió en el año 2002 un plan de vigilancia de las IN, como un sistema común mínimo para todos los hospitales del Sistema Sanitario Público. A continuación se trazaron, como parte del Plan, una serie de medidas de control, centradas en la prevención de las IN en intervenciones quirúrgicas. El criterio escogido para evaluar las medidas de control se basó en los resultados obtenidos de la vigilancia (indicadores) de las IN dentro del área quirúrgica. Los objetivos de las recomendaciones de control son: 1. Prevenir, controlar y/o reducir los niveles de IN en determinadas intervenciones quirúrgicas. 2. Impulsar la mejora continua de prácticas clínicas que favorezcan la prevención, control y reducción de las IN. La metodología de elaboración se realizó en un primer tiempo, en el ámbito de una Comisión Asesora constituida por profesionales del S.S.P.A. y miembros de Sociedades Científicas. En un segundo momento y para la redacción definitiva de las medidas, se convocaron a los especialistas y profesionales responsables en estas materias, con los objetivos de consensuar y establecer unas recomendaciones comunes para todos los centros, con criterios de factibilidad y mejora de las prácticas. Transcurridos dos años, los resultados de la aplicación de las medidas se realizó centralizadamente a través de indicadores de incidencia de la IN. De forma más directa se evaluó a través de una reunión con los responsables/coordinadores de aplicación de las recomendaciones.

Conclusión: Las medidas recomendadas son numerosas, variadas y llevan la implicación de diversos profesionales y áreas del hospital. Para posibilitar/favorecer la realización de las medidas, se recomienda programas de implementación que estratifiquen las acciones de control según la prioridad, según la factibilidad, el impacto y la eficacia de las mismas.

MESA 44

Satisfacción de pacientes (VI)

**ANÁLISIS DE LA LIBRE ELECCIÓN DE HOSPITAL EN LOS
HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO**

I. Juan, M. Ruiz, Y. Madruga, V. Ojeda, L. Fernández y J. Torres
HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

C-345

Palabras clave: Libre Elección Hospital.

Introducción: La libre elección de hospital es un proceso de acceso a nuestros hospitales, que ha permitido elevar la calidad y la autonomía de la asistencia sanitaria que se presta a nuestros ciudadanos. La iniciativa de éste estudio surge en el transcurso de la revisión de los procesos administrativos de atención al usuario que se desarrollan en los HHUUVR, dentro del proceso global de accesibilidad y como un subproceso de características especiales, lo que nos ha llevado a analizar las necesidades y expectativas de los usuarios que lo utilizan.

Objetivos: El objetivo de éste estudio es conocer las motivaciones de los usuarios que solicitan el acceso a la asistencia sanitaria en nuestro hospital por libre elección de hospital.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo utilizando la base de datos de pacientes creada para el control de las gestiones internas que se realizan con motivo del proceso de libre elección de hospital. Los datos están referidos al período 2004-2005 y han sido obtenidos de: La Aplicación para la Gestión de la Demanda Quirúrgica; De las solicitudes enviadas mediante fax por Salud Responde para los procedimientos no incluidos en AGD. El resto de datos vía telefónica.

Resultados: Análisis de la distribución de pacientes que realizan la Libre elección de Hospital por motivos, servicios hospitalarios, por hospital de referencia y por procedimientos quirúrgicos.

PLAN DE MEJORA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADO Y URGENTE EN LOS HH.UU. "VIRGEN DEL ROCÍO"

M. Ruiz, V. Ojeda, I. Juan, S. Sánchez, L. Fernández y J. Torres
HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras clave: Procesos administrativos hospitalización.

Introducción: La encuesta de satisfacción de usuarios del SAS evidencia la necesidad de ordenar el proceso administrativo en la admisión de pacientes en el área de hospitalización en Octubre 2004, la Dirección de los HH. UU. "Virgen del Rocío" pone en marcha un sistema de gestión por procesos administrativos, similar a la metodología utilizada en el resto de procesos de hospitalización con la pretensión de impulsar el abordaje de los mismos para mejorar la satisfacción de los usuarios, racionalizar los recursos y establecer mecanismos de coordinación entre A.P. y A.E., conduciendo a una mejor atención al usuario.

Desarrollo: Se constituye un grupo de trabajo multidisciplinar de A.U. y gestión de recursos en el que se ha evaluado mediante técnica de análisis DAFO. Los trámites administrativos en las diferentes secciones del Servicio de Admisión y A.U. y los trámites que se originan en cada una de ellas, comprobando que las diferencias en el método no ocasiona diferencias en los resultados. El objetivo del grupo de desarrollo, es la implantación de un modelo único de gestión administrativa que facilite la accesibilidad de los ciudadanos, mejore la satisfacción del cliente externo (usuario) e interno (profesional), mediante el desarrollo de una estructura de las tareas administrativas de manera que fundamenten la eficiencia en la gestión y rentabilice los recursos existentes.

Conclusiones: 1. Matriz DAFO, identificando medidas de fácil implementación y alta repercusión en la hospitalización. 2. La incorporación de mejoras sugeridas por el grupo de expertos y avaladas por la Subdirección Gerencia han sido elementos imprescindibles en la elaboración. 3. El criterio único evita barreras de comunicación e información entre los profesionales de distintos dispositivos asistenciales. 4. La unificación de criterios mejora la satisfacción de los usuarios y profesionales al menor coste con la máxima información. 5. Representación gráfica en diagrama de flujos del proceso de hospitalización programado y urgente que sistematiza las mejoras comentadas anteriormente. 6. Sin tener resultados concretos de la puesta en marcha de estos procesos, se puede medir la utilidad de este trabajo en el cambio de perspectiva de las actividades de los SAU por parte de los profesionales que trabajan en estos servicios.

C-346

¿ESTÁN LOS USUARIOS SATISFECHOS CON LA RESPUESTA DADA A SUS RECLAMACIONES?

J.E. Sánchez-Basallote, R. Rodríguez-Solano y F. Panal-Garrido
Distrito APS Sierra de Cádiz.

Palabras clave: Satisfacción de usuarios. Calidad. Reclamaciones.

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción del usuario con la respuesta que se le dio a su reclamación por la Dirección del Distrito como estrategia de mejora continua de la calidad.

Métodos: Análisis descriptivo de las respuestas dadas a una encuesta telefónica realizada a los usuarios que formularon una reclamación en el año 2004 en cualquiera de los Centros Sanitarios del Distrito de APS Sierra de Cádiz y que afectaran a dichos Centros. La encuesta telefónica se realizó en tres períodos (julio y noviembre de 2004 y marzo 2005), habiendo transcurrido como mínimo dos meses desde que se le remitió la respuesta al reclamante y fueron realizadas por la misma persona, para evitar sesgos de información, mediante un cuestionario elaborado para tal fin. En caso de no contestar a la llamada telefónica, se realizaron hasta tres intentos en días y horas distintas.

Resultados: En el año 2004 se formularon en los Centros del Distrito 302 reclamaciones, de las que 236 afectaban a los Centros del Distrito, 55 fueron derivadas a otras Instituciones por ir dirigidas a Centros no dependientes del Distrito y 11 fueron anuladas por los propios reclamantes. De las 236 reclamaciones que afectaban a los Centros del Distrito, se remitió respuesta al 100% de los reclamantes. Se encuestaron a 155 reclamantes (65,7%). Los motivos de no haber encuestado a los 81 reclamantes restantes (34,3%) fueron, en 49 reclamantes (60,5%) debido a que no constaba en la hoja de reclamación un número de teléfono, y aunque se disponían de otros mecanismos para obtenerlo se preservó el derecho a la intimidad de los usuarios, en 22 reclamantes (27,2%) porque no contestaron al teléfono tras tres intentos, en 5 reclamantes (6,2%) porque el teléfono era erróneo y en 3 reclamantes (3,7%) porque no les había llegado la respuesta. En ningún caso el reclamante se negó a contestar la encuesta. El 56,1% de los encuestados no estaban de acuerdo con la respuesta que recibió por la Dirección del Distrito, el 60,6% consideraba que no se había solucionado el problema o queja que motivó su reclamación, el 53,5% consideraron que la reclamación que habían formulado servía para algo y el 89,0% volverían nuevamente a poner una reclamación por ese mismo u otro motivo.

Conclusiones: Los usuarios no suelen estar conformes con las respuestas que se dan a sus reclamaciones y no suelen solucionar los problemas o quejas, no obstante, consideran que son de utilidad y, casi todos, volverían a usar este mecanismo para expresar sus problemas o quejas con los servicios sanitarios.

C-348

ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES PRESENTADAS EN LOS CENTROS DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.E. Sánchez-Basallote, F. Panal-Garrido y N. Moyano-Bustillos
Distrito APS Sierra de Cádiz.

Palabras clave: Reclamaciones. Satisfacción de usuarios. Atención.

Objetivo: Analizar las características de las reclamaciones presentadas en el año 2004 en los Centros de Salud dependientes del Distrito de Atención Primaria de Salud Sierra de Cádiz.

Métodos: Estudio de tipo descriptivo transversal. Base de datos de reclamaciones del Servicio de Atención al Usuario del Distrito. Se analizaron todas las reclamaciones escritas que afectaban a los Centros del Distrito.

Resultados: Durante el año 2004 se han formulado en los Centros Sanitarios del Distrito un total de 302 reclamaciones, de las cuales 236 afectaban a los Centros del Distrito, 55 fueron derivadas a otras Instituciones por ir dirigidas a Centros no dependientes del Distrito y 11 fueron anuladas por los propios reclamantes. Las 236 reclamaciones que afectaban a los Centros del Distrito suponen una tasa de 2,04 reclamaciones por 1000 habitantes con una media de 19,7 reclamaciones por mes (Rango: 10-25 y Desviación Estándar [D.E.]: 4,5). El 64% de los usuarios reclamantes eran mujeres. El 50,4% de los reclamantes eran los propios enfermos, mientras que un 46,2% los reclamantes eran los familiares del afectado, mientras que el resto de los reclamantes no tenían ninguna relación con los afectados. La edad media del reclamante fue de 39,6 años (Rango: 17-78 años y D.E.: 12,6). El tiempo medio de respuesta fue de 15,8 días (Rango: 0-53 días y D.E.: 10,5), contestándose el 62,7% en un plazo menor o igual a los 15 días, el 28,4% se contestó entre los 16-30 días y el 8,9% en más de 30 días. Los motivos más frecuentes reclamados por los usuarios fueron los debidos a problemas de organización, trámites y normas (42,8%) y a motivos asistenciales (34,3%), siendo la causa más frecuente el accidente asistencial (24,1%). El personal más afectado por las reclamaciones fueron los médicos con el 33,1% y el equipo directivo con el 27,1%. En el 39,4% de los casos en la respuesta que se le remitió al reclamante se consideraba que éste necesitaba información, en el 24,2% el usuario tenía razón y se solucionó el problema y en un 22,5% el usuario no tenía razón.

Conclusiones: Las reclamaciones son un mecanismo de participación ciudadana accesible y fácil que los usuarios pueden utilizar en Atención Primaria para manifestar sus opiniones e insatisfacciones y una herramienta muy importante para la Dirección del Distrito de detección de problemas y oportunidades de mejora de la calidad de los servicios sanitarios.

C-347

MULTICULTURALIDAD: UN RETO PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

E. Videgain, T. Godall, R. Montaña y R. Simón
Hospital Universitari Sant Joan Reus.

Palabras clave: Multiculturalidad.

Mejorar la atención a la población magrebí atendida en nuestro centro, dado el incremento en la demanda de atención y debido a las dificultades de comunicación y barreras culturales que se nos presentan, planteando un proyecto de inter colaboración.

Metodología: Creación de un equipo de trabajo multidisciplinario para analizar y valorar la situación actual de la atención otorgada a este colectivo en el ámbito de la Pediatría y de la Ginecología/ Obstetricia. Realización de un proyecto junto con el Consell Comarcal para mejorar la atención que consta de 3 líneas de actuación: La comunicación, el colectivo de mujeres embarazadas y la formación de los profesionales sanitarios. Elaboración de un circuito de mediación cultural. Inclusión de la población en todos los programas dirigidos a la comunidad del análisis de la atención otorgada se detecta: *Pediatría*: Falta de comprensión de la situación de hospitalización por parte de la familia, dificultades de comunicación en la expresión de los signos y síntomas, dificultad del cumplimiento de las normativas y horarios del centro. *Obstetricia*: Embarazos no controlados y en el puerperio la no aceptación de la lactancia materna y deficiencias en la higiene. Campaña de detección precoz de la diabetes: Coinciendo con el Día Mundial de la Diabetes y el final del Ramadán se realizaron 187 glucemias capilares detectándose el 9% valores superiores a la normalidad que se remitieron al Centro de Salud. Se crea la dieta musulmana hospitalaria. Se establece un circuito con el mediador cultural para incidir en la prevención y resolución de conflictos culturales. Las intervenciones del mediador durante este período han sido de 154, de las cuales 100 se han llevado a cabo en los servicios pilotos y el resto en los diferentes servicios del centro incluyendo urgencias. La información a la gestante magrebí se dirige a través de la trabajadora social. Se celebraron las 2º jornades de salut i multiculturalitat con asistencia de 150 profesionales y también se realizó un curso de formación interna dirigido a 40 enfermeras y 30 auxiliares de enfermería.

Conclusiones: La realidad diaria es que las relaciones entre personas de otras culturas provocan resistencias importantes. Parte del éxito del programa es la existencia del mediador cultural que no trabaja en solitario sino que busca el equilibrio profesional y es técnicamente imparcial en sus intervenciones, aportando dentro del equipo una visión de asesoramiento para los procesos de cambio que genera la inmigración.

C-349

CUANDO EL FAMILIAR ES EL CENTRO DE NUESTROS CUIDADOS

F.J. Bernet, M.N. Sánchez y M.M. Prieto
Hospital Virgen Macarena.

Palabras clave: Familiares - información – satisfacción.

Introducción: Existe una escasa conciencia del objeto de nuestros cuidados es el binomio enfermo / familiar, y que por lo tanto los debemos valorar como: 1. Nexo que nunca debemos desconectar. 2. Aporte de información. 3. Desarrollo de la relación terapéutica. 4. Mantenimiento de una línea de cuidados colaborativa.

Objetivos: a) Identificar áreas de malestar en las familias cuidadoras en el Hospital. b) Identificar áreas de cuidados.

Material y método: Desarrollo de grupos focales de cuidadoras Análisis de contenidos de respuestas.

Resultados: Entre las necesidades sentidas: 1. "falta de información". 2. "cierto desasosiego por no saber la evolución". 3. "cansancio por cambio de hábitos de cuidados / doble trabajo". 4. "nadie nos cuida". 5. "hacemos los cuidados como podemos, nadie nos ha enseñado"..., etc. Y entre los diagnósticos enfermeros más prevalentes se encuentran: 1. Conocimientos deficientes. 2. Riesgo de cansancio del rol del cuidador. 3. Ansiedad. 4. Síndrome de estrés del traslado.

Conclusiones: ¿Qué podemos hacer?.... Tenemos mucho que decir.... Planteamientos de mejora de la continuidad de cuidados. Comunicación constante con el nivel primario: i.c.c., teléfono, fax, e. mail. Planificación alta / próxima al ingreso ¿Y concretamente a las familias? incluirlas en la valoración integral, participación en la planificación del alta, servir de nexo tras el alta: por la e.c.e. de forma directa, concretar con las enfermeras de hospitalización para: coordinar intervenciones enfermeras de acción en los d.enf. detectados, acciones de formación familiar, acciones de apoyo emocional, acciones de apoyo pre – alta.

C-350**ANÁLISIS DE LAS DEMANDAS Y EXPECTATIVAS DETECTADAS EN GRUPOS DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL H. VIRGEN MACARENA**

M. Soriano, M.N. Sánchez, M.M. Prieto y J. Bernet
Hospital Virgen Macarena.

Palabras clave: Profesionales, formación, satisfacción.

Introducción: El análisis de las demandas y expectativas que plantean ciertos grupos de profesionales, en este caso el colectivo de aes, en un Hospital, supone una iniciativa interesante de estudio. Las Auxiliares de Enfermería (AE) son un colectivo en contacto directo con los pacientes y familiares, conocedoras de la realidad clínica, pero que suelen ser escasas las situaciones formales, en las cuales podemos reunir a grupos numerosos de Aes y preguntarles por sus demandas y expectativas. En el Hospital Virgen Macarena, desde la Dirección de Enfermería, se ha mostrado sensible a este colectivo y a sus opiniones, con la idea de una mayor integración de las Aes en los equipos de trabajo y para favorecer la mejora de la calidad de los cuidados.

Metodología: Se ha desarrollado desde Octubre de 2004, un Programa de Formación, sobre temas de calidad para Aes. Situación formal para poder conectar con muchos grupos de profesionales, la cual ha ayudado, entre otras cosas, a conocer las demandas del colectivo. Uso de la Técnica de Tormenta de Ideas, el último día de Taller, y planteándoles la pregunta: ¿Cuáles son los problemas con respecto a la calidad de los cuidados, que están acaeciendo en las Unidades en las que trabajáis? Desarrollándose 22 Talleres, con la asistencia de 250 auxiliares, desde octubre 2004 a mayo de 2005.

Resultados: En función del análisis del discurso, se han clasificado distintas categorías conceptuales, siendo estas: recursos materiales, recursos humanos, trabajo en equipo, relación con los familiares, formación, relaciones interprofesionales, registro de actividades y comunicación. Los contenidos que se repiten con mayor frecuencia, hacen alusión a las categorías conceptuales: Formación, Registros, Relaciones Interprofesionales. También de forma puntual hacen alusión a problemas de Recursos humanos y materiales.

Conclusiones: Abordaje de la Dirección de Enfermería dotando de personal AE en la Unidad de Calidad, para los Temas de comunicación y registros de actividades en h^a clínica. Estrategias de mejora en Recursos Humanos; redistribución de nuevos turnos. Estrategias de mejora en Recursos Materiales: nuevos pactos de consumo y estocaje - Nuevo Programa Formación para AES; dando respuesta a los temas que han demandado.

C-351**COMO GESTIONAR LAS QUEJAS, RECLAMACIONES, AGRADECIMIENTOS Y SUGERENCIAS EN UN CENTRO DE SALUD CON ALCANCE TOTAL EN ISO**

C. Cornejo, A. Gutiérrez y F. Larrañaga
C.S. Parte Vieja OSAKIDETZA.

Introducción: El Centro de Salud de Parte Vieja está integrado en la Comarca Gipuzkoa Ekialde de Atención Primaria. La plantilla está integrada por 7 Médicos de Familia, 1 Pediatra, 8 Enfermeras de E.A.P., 1 Responsable del Área de Atención al Cliente y 4 Auxiliares Administrativas. Asimismo 2 días por semana cuenta con 1 Trabajador Social. En el año 2000 el AAC obtiene la certificación en la ISO 9001:2000, renovándolo todos los años hasta ser certificados en el año 2004 con la ISO 9001:2000 Alcance Total que incluye todos los servicios que se prestan en el Centro (administrativos y asistenciales). Atiende a 14.500 clientes que representan la mitad del Centro de San Sebastián. En el año 2003 participó en la obtención por parte de la Comarca Gipuzkoa Este de la Q de plata de la E.F.Q.M.

Objetivos: Dar el tratamiento necesario y resolver las quejas, reclamaciones, sugerencias y agradecimientos en el menor plazo posible, evitando demoras que no aporten valor añadido.

Metodología: Las propias de los sistemas de calidad implantados, estableciendo cuatro indicadores mensuales. Se ha diseñado un programa informático por parte de la Comarca Gipuzkoa Ekialde para la introducción de las reclamaciones en el momento de su llegada. Este programa está, en remoto, conectado con el SAPU de nuestra Comarca.

Resultados: En el año 2004, hemos recibido 18 reclamaciones o quejas: 2 referentes a la no total euskaldunización del personal del Centro, 2 referidas al trato personal recibido, 4 referidas a la lista de espera y demora en especialidades, 2 respecto a la asistencia sanitaria de personal médico y de enfermería, 8 que hacen mención a temas de organización y coordinación. Las respuestas han sido dadas siempre en menos de 20 días a los clientes, tras entrevista personal o telefónica y contestadas por escrito cuando no se han podido resolver mediante la entrevista o telefónicamente.

Conclusiones: Solución a su problema. Respuesta a la queja / reclamación, bien oral o escrita, adecuada en el menor tiempo posible (Área de mejora 2005 < 15 días). Trato amable y correcto. Lanzamiento de acciones correctoras.

C-352

MESA 45

Satisfacción de profesionales (II)

EL TIEMPO DE RESPUESTA A UNA INCIDENCIA INFORMÁTICA COMO FACTOR QUE INFUYE EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES

V. Fernández, A. Guerrero, R. Sánchez, J. Muñoz, M. Estébanez y F. Murua
Hospital Psiquiátrico y Salud Mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: Incidencias Informáticas, Respuesta, Satisfacción.

Introducción: La gestión de las tecnologías de la información y de las herramientas informáticas, en consonancia con el criterio 4 de la EFQM, tienen un impacto muy alto en la organización y en la satisfacción de los profesionales, por lo que una buena respuesta ante las numerosas incidencias informáticas del día a día, en los ordenadores personales y en las aplicaciones, tanto en software y hardware, adquieren una importancia estratégica.

Objetivos: 1. Que el tiempo de respuesta ante una incidencia informática sea inmediato 2. Que la solución a las necesidades de los usuarios no supere las 24 horas en hardware y las 48 horas en instalaciones nuevas 3. Conocer el grado de satisfacción sobre el servicio prestado por Informática ante una incidencia.

Metodología: Ante cualquier incidencia, existen 2 teléfonos fijos, 1 móvil, y 2 correos electrónicos a disposición de los 362 profesionales, y existe un Registro Informático de Incidencias, de Software y Hardware, que recoge servicio de origen, trabajador, fecha y hora de la petición, nº del inventario del PC, y contenido de la incidencia comunicada por el usuario, quien atiende a la llamada, qué se le responde, y cierre de incidencia con fecha y hora en que se ha solucionado. Se han establecido 5 niveles de prioridades: 1. Aplicaciones relacionadas con la asistencia directa a pacientes 2. PC de departamentos críticos como nóminas 3. PC dañados que que imposibilitan su uso 4. Si afecta a un nº importante de usuarios 5. Nuevas instalaciones de programas, aplicaciones y software.

Resultados: En los niveles 1 y 2, la respuesta ha sido en 6 minutos y la solución en 12, y el 100% en la misma jornada laboral; y en niveles 3 y 4: Respuesta en 8, solución en 18, y en el 92% en la misma jornada. Las incidencias de impresora han tenido una demora de 32 minutos en su respuesta y solución. Las altas de usuarios de Nuevos trabajadores son inmediatas: 2'. Las paradas planificadas, tras consulta previa y 48 horas de antelación se comunican a los trabajadores, y al acabar se les llama por teléfono uno a uno. Un alto % de incidencias de correo e internet (68%) se arregla vía remota por la red en 3 minutos. El 82% de los usuarios está muy satisfecho, el 16% satisfecho y el 2% insatisfecho.

Conclusiones: El considerar a los trabajadores como clientes, y que conocan donde llamar o enviar sus incidencias, y con tiempos de respuesta muy razonables, se traduce en un alto nivel de satisfacción. El Registro Informático permite conocer la trazabilidad de las incidencias.

PREMIOS A LA INNOVACIÓN DE LA CALIDAD Y MEJORA EN EL TRABAJO: UNA BUENA FORMA DE INCENTIVAR E IMPLICAR

M. Estébanez, R. Sánchez, L. Bacigalupe, F. Murua, J. Muñoz y C. Ballesteros
Hospital Psiquiátrico y salud mental Extrahospitalaria de Álava.

Palabras clave: Premio, Innovación, Calidad.

Introducción: En nuestra organización somos conscientes que quienes mejor pueden aportar sugerencias de mejora en los puestos de trabajo son los propios profesionales, por ello potenciamos la innovación basada en la creatividad y el esfuerzo convocándose anualmente el Premio a la Innovación de la Calidad y mejora en el trabajo.

Objetivos: Reconocer y hacer público todo aquel trabajo ó proyecto que contribuya a la mejora continua de la calidad en cualquier ámbito de cualquiera de las Unidades, Centros ó Servicios de nuestra organización.

Metodología: La Comisión de Calidad convoca anualmente tres premios con una dotación en metálico y diploma y publicación de los premios en nuestra revista Psikiberriak. La difusión de la convocatoria se realiza a través de una carta personalizada para los 362 trabajadores. Cada miembro de la Comisión valora los proyectos presentados otorgando una puntuación del 1 al 5 a cada uno de los siguientes criterios: Disminución de la carga de trabajo, Aplicabilidad en el trabajo, Utilidad demostrada, Magnitud del beneficio al paciente y/o organización, Nivel de innovación, Incremento de la seguridad en el trabajo, Disminución de errores en el trabajo.

Resultados: En 2 años se han presentado 11 Proyectos que cumplían todos los requisitos establecidos. Los 6 que han obtenido premio han sido: Gestión informática del Servicio de Alcoholismo; Gestión Económica de pacientes del Servicio de Rehabilitación Comunitaria; Programa de admisión de Pacientes Hospitalizados; Aplicación Excell para peso, tensión y glucosa en Psicogeriatría; Guía Informatizada para la evaluación rápida según el Modelo de la EFQM y Hospital de Día de la Unidad de Psicosis Refractaria.

Conclusiones: El reconocimiento, tanto en privado como en público, es un importante factor de motivación en nuestra organización, como lo demuestra el que se han presentado 11 proyectos, algunos individuales, otros de equipos multidisciplinares y otros de equipos enteros correspondientes a un Centro de Salud Mental. Todos los proyectos presentados están funcionando en la actualidad y se ha ido extendiendo su aplicación a otras unidades del hospital y otros centros extrahospitalarios. Cada proyecto ha mejorado aspectos relevantes en la atención al paciente o en la organización del trabajo de los profesionales, intentando siempre la disminución de errores, criterio básico para avanzar hacia la excelencia a través de la gestión de la calidad total.

C-353

INCORPORACIÓN DEL FARMACÉUTICO EN EL EQUIPO ASISTENCIAL

M.E. Rodríguez, M.J. Martínez y M.J. Fernández
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Palabras clave: Equipo, Intervenciones, Calidad.

Objetivo: Evaluación de la actividad del farmacéutico como parte del equipo asistencial.

Introducción: La actividad profesional del farmacéutico de hospital va encaminada hacia una mayor integración en el equipo multidisciplinar, esto implica mayor coordinación con el equipo médico y enfermería, persiguiendo una mejora de la calidad asistencial.

Material y método: El objetivo del 4º año de la especialidad de Farmacia Hospitalaria es la incorporación del residente en la labor asistencial de la planta. Para el desarrollo de esta actividad, los servicios seleccionados fueron infecciosos y Medicina Interna, porque cuentan con todas sus camas en dosis unitaria. Se realizó una entrevista, con el Jefe de la unidad de infecciosos y del Servicio de Medicina Interna. Se presentó el programa de rotación con total aceptación. Tras solventar los inconvenientes de infraestructura se procedió a realizar la validación de la orden médica en planta.

Resultados: Durante 8 meses de rotación se realizaron las siguientes actividades 1. Actuaciones respecto al equipo médico: se ha establecido mayor fluidez en la comunicación farmacia-planta, así como con la sección de dispensación a pacientes externos y atención primaria, sustitución inmediata de medicamentos no incluidos en la GFT del Hospital adaptando dosis y pauta de tratamiento, colaboración en la elaboración y aplicación de protocolos, Información sobre medicamentos y tramitación de extranjeros y uso compasivo. 2. Actuaciones respecto a enfermería: Colaboración en gestión de botiquines. Agilización en la resolución de peticiones tanto de información como de medicamentos, mayor ajuste de pautas de tratamiento a la realidad de la planta. 3. Actuaciones respecto al paciente: estudio del tratamiento domiciliario para evitar duplicidades e información al alta. Se han registrado 197 intervenciones: información al alta 5%; detección de errores de medicación 30%(paciente 4%, enfermería 24%, médicos 84% de los cuales duplicidades 27%, dosis equivocada 5%, omisión 20%, vía equivocada 5%, posología inadecuada 23%), información de medicamentos 37% (15% paciente, 19% enfermería, 65% médico); intercambio terapéutico 21%; promoción de terapia secuencial 7%. El grado de aceptación es del 90%.

Conclusiones: La incorporación del farmacéutico en el equipo asistencial ha sido bien acogida con alta aceptación de las propuestas. Ayuda a la detección y resolución de errores de medicación. Aporta una mayor calidad a la asistencia sanitaria del paciente.

C-355

ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN INTERNA CON LOS PROFESIONALES SANITARIOS

T. Dierssen-Sotos, P. Rodríguez-Cundín, M.J. Cabero-Pérez y J. Alburquerque-Sánchez
Servicio Cantabro de Salud.

Palabras clave: Comunicación interna.

Objetivos: Determinar las características asociadas a la percepción positiva de la comunicación interna (CI) en las organizaciones sanitarias del Servicio Cántabro de Salud. Identificar sus puntos fuertes (PF) y áreas de mejora (AM).

Métodos: Para desarrollar los objetivos planteados se han articulado distintos mecanismos de información en un período comprendido entre mayo de 2004 y mayo de 2005: 1. A través de la encuesta de clima laboral (atención especializada) y calidad de vida profesional (atención primaria y 061) se obtuvo información sobre la percepción de la CI y los factores asociados a la misma. 2. En colaboración con la EASP se desarrolló una auditoría de comunicación con obtención de información a través de las siguientes fuentes: a. Foro de comunicación con encuesta de opinión remitida por correo postal y accesible a través de la web del SCS. b. Taller de directivos. c. Grupos de mejora: mandos intermedios y profesionales de enfermería, facultativos y no sanitarios.

Resultados: 1. Factores asociados a la percepción favorable de la CI.: Se recibieron 1.561 encuestas de los tres hospitales de la CCAA, de los que el 13% consideró satisfactoria la CI en su organización. Los factores más fuertemente asociados a una mejor percepción de la CI fueron: el grupo profesional (facultativos y enfermería) presentaron valoraciones satisfactorias en un porcentaje muy superior al resto de categorías 15,9% vs. 8,3%), la responsabilidad sobre equipos (35% vs. 10%) y el centro de trabajo (el hospital de tercer nivel presentó la peor percepción de la CI (OR = 0,43 IC 95% [0,29-0,65]) 2. PF y AM: El taller de directivos identificó como principal PF: la accesibilidad (en la comunicación vertical ascendente con la Gerencia del SCS y en la descendente con los mandos intermedios) y como AM la escasez de canales de comunicación formales. Los GM destacaron 2 PF: la accesibilidad a las direcciones y la incorporación de nuevas tecnologías de la información (Internet e Intranet) que se están haciendo presentes en todos los centros del SCS y como AM: 1) la necesidad de facilitar el acceso a dichas tecnologías al personal no facultativo, 2) la información que los cargos intermedios proporcionan a sus colaboradores. El foro identificó de nuevo la accesibilidad como AM y como PF la comunicación de objetivos y proyectos.

Conclusiones: El análisis de situación sobre la CI. en nuestra organización y sus AM nos ha permitido establecer las bases para el desarrollo del Plan de Comunicación Interna en el SCS.

C-356

¿ES POSIBLE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE NIVELES ASISTENCIALES? EXPERIENCIA DESDE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE

J. Saá, J. Amado, M.C. Martínez-Ortega, A. Señaris, P. Torre y G. García-Velasco
Fundación Hospital de Jove.

Palabras clave: Oftalmología, Atención primaria, Coordinación.

Objetivos: Una de las líneas de trabajo en el Plan de Calidad del hospital es la coordinación con el primer nivel asistencial. Cirugía Vascular inició esta coordinación estableciéndose unas jornadas de formación continuada en patología vascular para atención primaria que se realizan anualmente desde hace años. En el año 2004 se plantean los siguientes objetivos: Diseño e implantación de la Vía Clínica de cura CHIVA de varices coordinada con Atención Primaria (AP), Sesiones de formación impartidas por profesionales de AP para los del hospital sobre 'Comunicación con el paciente' y un Proyecto específico de Coordinación en Oftalmología.

Métodos: Realización de reuniones para presentar el proyecto y diagnosticar la situación inicial de zona en atención oftalmológica. Se detectaron y priorizaron los problemas de coordinación más relevantes. Se elaboró una encuesta 'ad hoc' para determinar necesidades de formación en Oftalmología de los profesionales de AP atendiendo a sus necesidades.

Resultados: Cabe destacar la creación de la figura de Representante del Centro de Salud para Oftalmología que se convierte en un interlocutor directo entre el servicio de Oftalmología y AP. Los principales problemas de coordinación detectados se encuentran en: Respuestas de interconsultas, Recepción de Informes de alta, Revisiones anuales ¿quién las cita?, Protocolos de derivación (no-existencia). La encuesta se administró por correo y contestaron 16 de los 22 profesionales de AP del área (Tasa de respuesta 72,7%). Las preguntas sobre si recibe respuesta escrita del oftalmólogo y si es comprensible, son las peor valoradas, mientras que las que hacen referencia a participar en actividades formativas son afirmativas en un 94%. Se acuerda definir el tiempo de respuesta de interconsulta, establecer protocolos de derivación para patologías crónicas sistémicas y definición de 'urgente', 'preferente', así como sistematizar sesiones clínicas conjuntas. Se han realizado tres sesiones de formación en el Centro de Salud atendiendo a las preferencias recogidas en la encuesta (síndrome del ojo seco, patología sistémica, urgencias oftalmológicas). Se plantea la actualización continua de los profesionales de AP tanto formativa como asistencial con rotaciones en Oftalmología.

Conclusiones: Aunque queda mucho por hacer, ha sido posible conocer la situación de zona, limitaciones y soluciones, establecer atención integrada y coordinada, comunicarse eficazmente e implicar a todos los profesionales en los procesos del paciente como un todo.

C-358

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL: ¿ES ÚTIL EL CVP-35?

M.J. Cabero-Pérez, E. Pariente-Rodrigo, T. Dierssen-Sotos y P. Rodríguez-Cundín
Servicio cantabro de Salud.

Palabras clave: Calidad de vida, Profesional.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida profesional en Atención Primaria de una Comunidad Autónoma.

Métodos: Estudio de corte transversal realizado por encuesta autocumplimentada remitida a los profesionales de Atención Primaria de nuestra Comunidad Autónoma. Para la evaluación de la calidad de vida profesional en Atención Primaria se ha utilizado el cuestionario CVP-35 (instrumento previamente validado y de uso extendido en Atención Primaria) que consta de 35 preguntas que se responden en una escala del 1 al 10 a la que se superponen las categorías "nada" (1-2), "algo" (3-5), "bastante" (6-8) y "mucho" (9-10). Las preguntas se agrupan en tres dimensiones: "apoyo directivo" (con 12 ítem), "carga de trabajo" (11 ítem) y motivación intrínseca (10 ítem). Por último se añaden dos preguntas que no se pueden englobar en estas categorías: la primera resume la percepción global de Calidad de Vida Profesional y la segunda hace referencia a la capacidad de abstraerse del trabajo una vez finalizado.

Resultados: Se recibieron 619 encuestas, procedentes de 30 centros de salud, lo que supuso una tasa de respuesta del 57% en una de las gerencias y del 42% en la otra. La dimensión mejor valorada fue la Motivación intrínseca que obtuvo una puntuación media (DE) de 7,4 (1,1) situándose el percentil 75 de la distribución en 8,2 puntos. Esta puntuación se traduce en la existencia de "bastante" motivación intrínseca. El Apoyo emocional o apoyo del equipo directivo obtuvo una puntuación media (DE) de 4,6 (1,5) lo que corresponde a la categoría de percepción de "algo" de apoyo. La percepción de las Demandas presentó una puntuación media (DE) de 5,9 (1,4) situándose también en el apartado de percepción de "algo" de demanda. La valoración de la calidad de vida profesional obtuvo una puntuación media de 5,43 (IC95% [5,25-5,60]) con una mediana de 6 y un rango de 9 puntos. No se observaron diferencias significativas ($p = 0,502$) en la puntuación de la satisfacción global por gerencia ni por grupo profesional. Las únicas diferencias relevantes se observaron al analizar por centro de salud (2,5 puntos entre la mejor y la peor evaluación en demandas, 2,7 en apoyo, 1,8 en motivación intrínseca y 4 en calidad de vida profesional).

Conclusiones: Los resultados obtenidos concuerdan con los publicados por otros autores. El CVP-35 no ha resultado una herramienta útil para discriminar entre gerencias en nuestra comunidad, aunque mejora al analizar por centro de salud.

C-357

LA AUTOEVALUACIÓN EFQM DE UN ÁREA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA REALIZADA POR SUS PROFESIONALES SIN COLABORACIONES EXTERNAS

C. García
Hospital Virgen de la Torre.

Palabras clave: EFQM, Autoevaluación.

La Autoevaluación de las organizaciones según el Modelo de Excelencia Europeo se encarga a menudo a asesores externos que dirigen y supervisan el proceso generalmente llevado a cabo por los directivos de éstas. Presentamos en este trabajo el resultado obtenido de realizar una Autoevaluación EFQM sin colaboración externa y por los profesionales, directivos y no directivos, de las tres divisiones del Hospital Virgen de la Torre-Área 1 de Atención Especializada de Madrid. Durante los meses de Marzo a Abril de 2003 se realizaron dos cursos de formación para el conocimiento del Modelo dirigidos a mandos intermedios de las tres divisiones (médica, enfermería y de gestión) y responsables de Calidad de las Unidades Médicas. Entre los profesionales así formados se seleccionaron 37 personas para constituir los grupos de trabajo. Se constituyeron 7 grupos de trabajo con 6 personas cada uno, dos de cada una de las tres divisiones. Los criterios 1, 2 y 9 fueron elaborados por el mismo grupo de trabajo constituido por las tres Direcciones y la Coordinadora de Calidad. Se realizó la autoevaluación utilizando el cuestionario del Modelo de Excelencia 2000 de la EFQM. Durante los meses de junio y julio de 2003 cada uno de los implicados desarrollaron de forma individual la parte del cuestionario correspondiente al criterio de su grupo. En los meses de Septiembre y Octubre tuvieron lugar las reuniones de consenso de los grupos, que remitieron a la Coordinadora de Calidad los documentos correspondientes a cada criterio con lo que comenzó la elaboración del Documento Final el 31 de Octubre de 2003. Bajo la supervisión de la Unidad de Calidad se realizó por grupos en el mes de Noviembre y Diciembre, la puntuación de cada uno de los criterios y la priorización de las Áreas de Mejora obtenidas (352). La puntuación total fue: 340,94. En el primer trimestre de 2004 los directores de las tres divisiones junto a la Coordinadora de Calidad elaboraron los planes de mejora que se derivan de las 18 Áreas de Mejora priorizadas. Durante el año 2004 y 2005 se incluyeron dichos planes como objetivos de Calidad / Actividad en el pacto de Objetivos con las Unidades implicadas. En el año 2006 -2007 se realizará una segunda Autoevaluación teniendo como referencia los resultados obtenidos en 2003. Después de esta experiencia podemos afirmar que los profesionales de las organizaciones son los que mejor conocen las mismas y por ello con una formación adecuada son las personas indicadas para realizar los procesos de Autoevaluación. De esta manera, no sólo se consiguen resultados más ajustados a la realidad sino que es un medio muy efectivo de lograr mayor implicación en las Mejoras propuestas. También disminuye el coste del proceso y se incentiva a los profesionales, que se ven incluidos en la Toma de Decisiones y en la Gestión.

C-359

LA PERCEPCIÓN DE LOS CLIENTES INTERNOS EN ORGANIZACIONES SANITARIAS: ¿CONOCEMOS SUS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES?

O. Moracho, R. Valverde, L. Aguirre, E. Ruiz, J.I. Landaluce y J. Prieto
Hospital de Zumarraga.

C-360

Palabras clave: Calidad percibida, Clientes internos, Profesionales.

Objetivo: El hospital adopta el modelo EFQM y la Certificación ISO 9001:2000 como herramientas para garantizar la mejora continua. Dentro del ámbito de la certificación ISO 9001:2000 es requisito conocer la opinión que de los procesos del hospital tienen los clientes internos cruzando sus opiniones con los datos obtenidos a través de los sistemas de información y establecer áreas de mejora.

Método: Se han realizado dos encuestas (2003 y 2004). La 1^a fue una encuesta autocumplimentada donde la metodología daba más opción a recoger lo "cuantitativo". La 2^a realizada por una empresa externa, telefónicamente, media tanto aspectos cuantitativos como cualitativos recogiendo además un factor más: el n.º de veces que se utiliza el servicio. En ambas encuestas existía el sesgo de los prejuicios personales (se pregunta sobre el servicio prestado, pero ¿se contesta sobre el compañero?). Se seleccionaron 21 procesos algunos certificados y otros en proceso de certificación. El tamaño de la muestra ha sido de 136 servicios valorados, producida a partir de 66 personas, puesto que algunas personas son clientes de varios servicios. El resultado de ambas encuestas fue enviado a los responsables de los procesos afectados para su análisis y establecimiento de acciones de mejora.

Resultados: La información resultante de la encuesta reveló aspectos de calidad percibida global del hospital como parcial por procesos, fuentes de mala calidad que genera cada área y el peso que tienen en el servicio del hospital, objetivos de calidad y acciones prioritarias, identificándose prioridades y oportunidades en aspectos del servicio sobre los que actuar con urgencia, otros en los que establecer medidas preventivas o de mantenimiento y otros sobre los que disponer de la oportunidad de aprovecharlos para mejorar la percepción del cliente interno. Como consecuencia de ello se han puesto en marcha acciones de mejora de la calidad percibida a fin de mejorar la satisfacción de los profesionales con el resto de servicios del hospital.

Conclusiones: la opinión de los profesionales como clientes internos de los procesos del hospital es un aspecto importante pero poco conocido, que repercute directamente en el funcionamiento de los mismos y en la satisfacción percibida por los trabajadores de aquellos servicios con los que necesariamente se interrelacionan en el día a día. Conocer esta opinión ha permitido poner en marcha acciones de mejora orientadas a la mejora de la percepción del cliente interno.

MESA 46

Accesibilidad (III)

¿SE ESTÁ ADECUANDO LA ASIGNACIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA?

A. Navarro, P. Barroso y N. González
Distrito Levante Alto Almanzora – Almería.

C-361

Palabras clave: Valoración sociosanitaria. Domicilio. Necesidades.

Objetivo: La prestación de material para la ayuda a los cuidados en el domicilio es un servicio que desde los Distritos Sanitarios se oferta a los usuarios. El objetivo planteado es conocer la situación sociosanitaria de las personas que solicitan este material en el período 2003-2004.

Métodos: Estudio Observacional descriptivo. Fuentes de Información: Documentos de criterios de asignación de material ortoprotésico. El estudio se realiza sobre los artículos más demandados: colchón y cojín antiescaras, cama articulada. Los aspectos valorados son permanencia en cama, autonomía para las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel), problemas enfermeros, riesgo social, poder adquisitivo y características de la cuidadora (edad, limitación física y sobrecarga según cuestionario de Zarit).

Resultados: El 53,7% de las personas que disponen de colchones antiescaras están encamadas 24 horas, el 98% presentan índice de Barthel entre 0 y 20. Los problemas identificados son en el 53% deterioro de la integridad cutánea y en el 48,5% riesgo alto en la escala de Norton. El 48,5% presentaban riesgo social entre 8 y 15. El 55,2% tenían salario mínimo interprofesional (SMI) con apoyo económico familiar. El 52,2% de las cuidadoras eran < de 60 años, con ausencia de otros cuidadores informales en el 39,5% y el 78% presentaban sobrecarga. El 50% de las personas con cojín antiescaras permanecen en sedestación más de 8 horas. El 52,9% presentaban riesgo de deterioro de la integridad cutánea, el 61,76% tenían riesgo social entre 8 y 15. El 64,70% con SMI y apoyo económico familiar. La asignación de camas articuladas ha sido en el 48,9% a pacientes encamados 24 h, con un Índice de Barthel entre 0 y 20 en el 87,75%. Problemas identificados: 24,48% riesgo de aspiración, 38,77% riesgo de caídas, 42,85% deterioro de la integridad cutánea y el 65,3% riesgo social entre 8 y 15. El 75,5% de las cuidadoras tenían sobrecarga.

Conclusiones: La asignación de ayudas técnicas a los cuidados en el domicilio se ha realizado a personas con dependencia, encamamiento, que presentan riesgo social y una situación económica con apoyo familiar. El número limitado de material disponible, hace necesario que la asignación del mismo se haga de manera priorizada, comenzando por aquellos pacientes con necesidades de cuidados más complejos y con mayor dificultad para el acceso a este tipo de material.

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ALTA Y PROGRAMA DE PRE-ALTAS PARA MEJORAR LA COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

G. Ramos, X. Claramunt, A. Garnica, M. Fores, C. Cros y G. De-Febre
Área Sociosanitaria- Hospital Sant Joan de Reus.

Palabras clave: Protocolo de alta, Coordinación interniveles.

Objetivo: Confeccionar y aplicar el protocolo de alta a la Unidad. Aplicación de un sistema de pre-altas para mejorar la coordinación con Atención Primaria de los pacientes dados de alta hacia domicilio para asegurar el continuum asistencial después de un ingresado de media-estancia.

Metodología: Aplicación del "protocolo de alta" de la Unidad. Reuniones con atención primaria para coordinar el circuito. Sistema de pre-altas: confección de informes de altas multidisciplinares una semana previa al alta y envío mediante la enfermería de enlace y valija interna del centro. De manera que el médico de cabecera recibe la información antes de que el paciente regrese al domicilio. Reunión semanal con la enfermera de enlace para traspaso de información. Puesta en marcha julio/2004 (valoración de 6 meses).

Resultados: 1. Aplicación del protocolo de alta en el 100% de los pacientes enviados a domicilio. 2. De las 107 altas con destino a domicilio realizadas durante el segundo semestre del año 2004, se realizaron los informes de pre-alta en el 56,07% (60). Destino Reus: 41 altas (57,7%), otras poblaciones: 19 (52,7%). 3. De las 107 pre-altas, 47 no se realizaron por los siguientes motivos: 12,1% (13) por poblaciones fuera del sector de Reus, 18,7% (20) por problemas internos de organización de la Unidad i 10,2% (11) por cambio de fecha de alta. 4. Diagnósticos: prótesis rodilla; 8, fractura cadera: 16, MPOC: 9, insuficiencia cardiaca: 4, AVC: 5, otros: 21. 5. Población: Edad media 77,8 años. Mujeres 61,6% (37).

Conclusiones: 1. La aplicación del protocolo de alta ha mejorado la planificación del alta del paciente. 2. Ha permitido mejorar la aplicación del protocolo de alta en cuanto a: programación del alta, visitas, pruebas, material ortopédico y coordinación con trabajo social. 3. El sistema de pre-altas se ha realizado en el 56% de los casos. Consideramos que este resultado es aceptable dada su nueva implantación. 4. Es un sistema que creemos válido para mejorar la coordinación con Atención Primaria en el retorno de los pacientes a su domicilio dados de alta desde los CSS. 5. Área de mejora a considerar en los próximos meses: utilización de Intranet del Grup SAGESSA.

C-362**EL TELÉFONO DE MI CENTRO DE SALUD YA NO COMUNICA**

V. Pico, M. Trigo, M.A. García-Orea, J. Marión, J. Quintín y J.L. Larrea
Servicio Aragonés de Salud.

Palabras clave: Accesibilidad, Central_citas, Satisfacción.

Objetivos: 1. Mejorar la accesibilidad del usuario facilitando la obtención de cita mediante contacto telefónico. 2. Aumentar la satisfacción del usuario dando respuesta a una expectativa repetidamente expresada: "no tener que llamar por teléfono al centro de salud varias veces para pedir cita porque comunican o no cogen el teléfono".

Métodos: El Servicio Aragonés de Salud valoró el problema de la saturación de las líneas telefónicas de los centros de salud, especialmente en determinados tramos horarios, llegando a la conclusión de la necesidad de establecer una central de citas a la que fueran desviadas automáticamente las llamadas de los usuarios, cuando al quinto tono no pueden ser atendidas en su centro. En dicha central se tendría acceso a las agendas de los profesionales y se podría concertar directamente la cita con el usuario, asignando día y hora. Se optó por una solución informática basada en tecnología web, se definieron los requisitos organizativos y técnicos imprescindibles para iniciar un proyecto piloto (informatización de los centros de salud, centralitas telefónicas digitales disponibles en los centros de salud y sobrecarga comprobada en las líneas telefónicas) y se eligieron cuatro centros que en conjunto recogían 150.432 tarjetas sanitarias (12% del total de Aragón). Si la evaluación de los resultados así lo aconsejaba, se establecería una estrategia de extensión al resto de los centros de Aragón.

Resultados: En febrero de 2004 comenzó el proyecto piloto, y durante el período de evaluación hasta finales de 2004 se obtuvieron los siguientes resultados: 172.470 llamadas recibidas y 135.040 citas realizadas, suponiendo un 78,29% de llamadas resueltas con cita desde la Central de Citas.

Conclusiones: 1. Se ha mejorado la accesibilidad telefónica de los usuarios. 2. Se considera que se ha conseguido dar respuesta a las expectativas de los usuarios respecto a atender con prontitud sus llamadas telefónicas para obtener cita con su médico de familia o pediatra. Queda pendiente su constatación en la próxima encuesta de opinión que se realice a usuarios de centros de salud. 3. Se ha reducido el número de usuarios que acuden al mostrador de los centros para obtener cita, lo cual reduce la espera de los usuarios que acuden al mostrador por otros motivos y facilita que reciban una atención más personalizada. 4. Se ha decidido extender el servicio al resto de centros de salud.

C-364**CONOCIMIENTOS SOBRE EL MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA**

J. Juanes, M.D. Cruzado, D. Mota, C. Broullón, J. Pando
y J. Pando
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Anticoncepción, Información, Adolescentes.

Introducción: El método de anticoncepción de emergencia puesto en marcha en nuestro Hospital desde Mayo del 2001 sigue manifestando deficiencias similares a las expuestas hace dos años por el mismo grupo de investigación. Los conocimientos que la población posee sobre el tema son insuficientes y determinantes en la incorrecta utilización del método.

Objetivos: Analizar el conocimiento que tiene la población afectada sobre la píldora postcoital y las repercusiones sobre el uso del método. Metodología Estudio descriptivo transversal. La recogida de datos se realiza a través de un cuestionario elaborado por los propios autores para tal fin. Consta de 26 ítems relacionados con los conocimientos básicos sobre el método y las fuentes de información utilizadas para su adquisición así como de un apartado de sugerencias. La población de estudio se limita a estudiantes y/o trabajadores jóvenes del Hospital, es decir al grupo de riesgo que tiene relación directa con la rama sanitaria.

Resultados: La mayoría de los encuestados manifiestan no haber recibido información adecuada. Afirman tener conocimientos suficientes a pesar de que sus respuestas sobre el método son erróneas. Independientemente de que hayan o no hecho uso de la píldora, un porcentaje alto de encuestados haría uso de la misma si fuera necesario. Tienen claro los lugares de dispensación oficiales pero no, los requisitos para su solicitud. Todos coinciden en que el tratamiento es gratuito independientemente de la Comunidad Autónoma.

Conclusiones: A pesar del tiempo transcurrido desde la implantación en nuestra Comunidad de la anticoncepción de emergencia, los adolescentes siguen careciendo de conocimientos para su correcta utilización, lo que sugiere que las campañas de información no han sido todo lo efectivas que se esperaba, por lo que proponemos un abordaje más concreto desde el propio Centro.

C-363**EVOLUCIÓN, ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL TRASPASO DE COMPETENCIAS DEL TRANSPORTE SANITARIO A HH.IUU.**

"VIRGEN DEL ROCÍO"

C. Arroyo, S. Sánchez y L. Fernández
HH.IUU. Virgen del Rocío. Sevilla.

Palabras clave: Transporte Sanitario, Organización y Planificación.

Introducción: La competencia del transporte sanitario fue transferida a los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío en el año 2002. Asumiendo con la contratación del servicio la gestión del mismo. Desde este servicio se realiza tanto los pliegos como la elaboración de un plan de información y desarrollo de los circuitos administrativos correspondiente a la ejecución de la competencia delegada.

Método: Planificación y organización de los nuevos circuitos y desarrollo de la comunicación con las distintas Subdirecciones Médicas del Hospital. Entrevista personalizada con los anteriores gestores centralizados: - Responsables de Gestión de los Centros Asistenciales del Hospital - Responsable anterior de la gestión: El Servicio Especial de Urgencia. - Responsable de la elaboración de los Pliegos para la Contratación: Delegación de Salud.

Resultados: Elaboración de un nuevo Concurso para la adjudicación de la prestación, nuevas cláusulas, Diagrama de flujos. Introducción de la nueva gestión en el Hospital con creación de las unidades administrativas, gestión de las reclamaciones, etc...

Conclusiones: La organización y planificación del Transporte Sanitario, desde un punto de vista global, trabajando todos en común: los profesionales implicados (facultativos, enfermería, celadores, etc...) y empresa concertada, puede aportar satisfacción al paciente y por tanto aumentar la calidad percibida.

C-365

ANÁLISIS DE EFICACIA Y EFICIENCIA DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR UN HOSPITAL PARA LA MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD QUIRÚRGICA

L. García, J. Rodríguez, M.F. Raposo, F. Díaz y J. Alonso
Hospital de Jerez.

Palabras clave: Accesibilidad, Lista espera quirúrgica.

Objetivos: Analizar las medidas adoptadas en el Hospital de Jerez durante dos años para mejorar la accesibilidad de la población de su área de referencia a las intervenciones quirúrgicas programadas. Se valora la eficacia y eficiencia de las medidas para la gestión de colas y la gestión clínica del producto quirúrgico.

Método: El diseño es observacional, descriptivo, no experimental y longitudinal. El objeto de estudio las medidas adoptadas por el centro para la gestión de las listas de espera quirúrgicas de los diferentes servicios y la unidad de análisis los registros quirúrgicos de la población diana, constituida por el total de pacientes intervenidos en el centro en el período 1 de Junio de 2003 y 1 de Junio de 2005. La fuente de los datos es la Aplicación para la Gestión de la Demanda, tratándose los datos con el programa SPSS. Se realiza comparación con los períodos de demora de pacientes incluidos en Lista de Espera Quirúrgica por especialidad y las medidas adoptadas en las diferentes etapas del período estudiado para la gestión de las colas, así como las innovaciones en gestión clínica para el abordaje de cada proceso.

Resultado: Las medidas de gestión con impacto evidenciado más relevante han sido: La reorganización de los procedimientos administrativos, el establecimiento de flujos de información reglados y periódicos entre el Servicio de Atención al Usuario y los diferentes Servicios Quirúrgicos, la constitución de un equipo humano incentivado en L.E.Q. con protocolización de sus actividades y sesiones de mejora periódica. Las medidas de gestión clínica con mayor impacto han sido: La valoración de casos en relación a su tiempo de inscripción en el registro de A.G.D., el aumento de los procesos abordados en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, la adecuada utilización de quirófanos y la disminución de la tasa de suspensión.

Conclusiones: La situación actual en el hospital de Jerez es buena en relación al resto de centros de Andalucía en lo referente a accesibilidad quirúrgica. El trabajo conjunto entre Servicio de Atención al Usuario y la Dirección médica es clave para la optimización de los procesos asistenciales quirúrgicos a través de una metodología de trabajo reglada, con canales de comunicación adecuados.

C-366

"CREACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL PERÍODO PERIOPERATORIO"

M.N. Sánchez y M.M. Prieto
Hospital Virgen Macarena.

Palabras clave: información, Familiares, Satisfacción.

Objetivos: Aumentar el nivel de satisfacción del paciente y usuario. Mejorar la confortabilidad de los familiares en el tiempo de espera quirúrgico. Disminuir la ansiedad a través de la información.

Método: 1^a Fase a) Estudio descriptivo a través de un cuestionario auto-cumplimentado, b) Diseño de una Encuesta sobre la base de bibliografía consultada, c) Los datos se analizan con el programa informático estadístico SPSS 11.0 y las preguntas abiertas a través de un análisis de contenido. 2^a Fase a) Creación de un Servicio de Atención Personalizada a Familiares y pacientes de pacientes; con asignación de una Enfermera. b) Se define el perfil con la elaboración de un mapa de competencias. c) Elaboración de Protocolos de actuación y sistemáticas de trabajo, basadas en las necesidades detectadas en el estudio.

Resultados: 1^a Fase: De esta primera fase los resultados obtenidos son: Aspectos positivos obtenidos: confianza en los resultados finales – amabilidad y calidez profesional y apoyo de otros familiares. Aspectos negativos obtenidos: Falta de información – falta de consideración a los familiares durante la espera – No tener a nadie a quien preguntar – mucho ruido – falta de asientos adecuados – no sala de espera – muchas personas – etc. En relación con la información sobre los temas preferentes obtenidos: tiempo de estancia en la sala de despertar – evolución – sobre las posibles demoras en el traslado – sobre posibles complicaciones. Sugerencias: una persona a quien dirigirse – información con frecuencia – más confortabilidad en sitio de espera. 2^a Fase: Tras un corto período de implementación, ha sido posible obtener datos suficientes al respecto, que nos den una valoración real sobre: -Mejora de satisfacción de pacientes y familiares - Disminución del nivel de ansiedad. En cuanto a la "Mejora de la confortabilidad en el tiempo de espera", se ha habilitado un espacio para que los familiares esperen. Este espacio se ha dotado de todos los medios posibles que favorezcan el bienestar en el período de espera; Megafonía, teléfono de contacto, asientos cómodos, espacio ventilado y decorado adecuadamente, prensa, revistas, folletos informativos sobre los servicios que pueden utilizar del centro para su comodidad y confort. 3^a Fase: análisis de satisfacción.

Conclusiones: La implantación de este Servicio posibilitará una mejora notable en los índices de satisfacción de los usuarios, que acceden al Centro para Intervención Quirúrgica.

C-368

ANÁLISIS DE LA CREACIÓN DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN PERSONALIZADA A PACIENTES Y FAMILIARES EN EL PERÍODO PERIOPERATORIO

M.N. Sánchez y M.M. Prieto
Hospital Virgen Macarena.

Palabras clave: Información, Familiares, Satisfacción.

Objetivos: a) Aumentar el nivel de satisfacción del paciente y usuario, b) Mejorar la confortabilidad de los familiares en el tiempo de espera quirúrgico, c) Disminuir la ansiedad a través de la información.

Método: 1^a Fase a) Estudio descriptivo a través de un cuestionario auto-cumplimentado. b) Diseño de una Encuesta sobre la base de bibliografía consultada. c) Se recoge información de 42 familiares de pacientes intervenidos, procedentes de diversas Unidades de Hospitalización quirúrgica y que han permanecido en Sala de Despertar, quedando excluidos los pacientes que pasaron por Unidad de Reanimación Posquirúrgica. d) Análisis con el SPSS 11.0 y las preguntas abiertas a través de un análisis de contenido. 2^a Fase a) Creación de un Servicio de Atención Personalizada a Familiares y pacientes de pacientes; con asignación de una Enfermera. b) Se define perfil con la elaboración de un mapa de competencias. c) Elaboración de Protocolos de actuación y sistemáticas de trabajo.

Resultados: 1^a Fase: De esta primera fase los resultados obtenidos son: Aspectos positivos obtenidos: confianza en los resultados finales – amabilidad y calidez profesional y apoyo de otros familiares. Aspectos negativos obtenidos: Falta de información – falta de consideración a los familiares durante la espera – falta de asientos adecuados – no sala de espera – muchas personas – etc. En relación con la información sobre los temas preferentes obtenidos: tiempo de estancia en la sala de despertar – sobre las posibles demoras en el traslado – sobre posibles complicaciones, etc. Sugerencias: que haya una persona a quien dirigirse – información dada con cierta frecuencia – más confortabilidad, etc. 2^a Fase: Tras el período de implementación, ha sido posible obtener datos suficientes al respecto, que nos den una valoración real sobre: -Mejora de satisfacción de pacientes y familiares - Disminución del nivel de ansiedad. En cuanto a la "Mejora de la confortabilidad en el tiempo de espera", se ha habilitado un espacio para que los familiares esperen. Este espacio se ha dotado de todos los medios posibles que favorezcan el bienestar en el período de espera; Megafonía, teléfono de contacto, asientos cómodos, etc.

Conclusiones: La implantación de este Servicio posibilitará una mejora notable en los índices de satisfacción de los usuarios, que acceden al Centro para Intervención Quirúrgica. Desarrollo de líneas de acción enfermera en la disminución de la ansiedad en los familiares en el período perioperatorio.

C-367

MESA 47

Accesibilidad (IV) / Gestión del cambio (III)

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE ESTRUCTURA DEL GRUPO DE CALIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE EXTREMADURA

M. López, F. Bonino, R. Cabo, V. Romero, M. Ramos y B. Pop
Hospital de Don Benito – Villanueva.

Palabras clave: Paliativos estructura criterios.

Introducción: El programa regional de cuidados paliativos (CP) de Extremadura dispone de 8 equipos específicos de CP, uno por cada área sanitaria. Desde el inicio de la actividad se constituyó un grupo de trabajo interdisciplinar de calidad (Calpalex), formado por médicos, enfermeras y psicólogos que representaban a las 8 áreas. Basados en las recomendaciones de la sociedad científica SECPAL, una de las primeras funciones del grupo fue la adaptación de criterios de estructura, proceso y resultado que pudieran ser posteriormente evaluados como medida de calidad del programa.

Objetivo: Evaluación de los criterios de estructura tras los 24 primeros meses de funcionamiento del programa.

Material y método: Los 9 miembros del grupo Calpalex evaluaron en cada una de las 8 áreas sanitarias el cumplimiento (sí / no) de 4 criterios de estructura de recursos humanos (disposición de equipo básico, formación avanzada, apoyo administrativo, especificación de las funciones del equipo) y 5 criterios de estructura de recursos materiales (ubicación adecuada, disposición de área administrativa, de almacén, de biblioteca y de medios técnicos).

Resultados: 3 de los 4 criterios de recursos humanos y 4 de los 5 criterios de recursos materiales se cumplieron al 100% en todas las áreas de salud. El apoyo administrativo sólo se consiguió en el 25% de las áreas (Mérida y Badajoz), y la ubicación en el 87,5% (todas excepto Badajoz).

Conclusión: El punto de partida en los dos primeros años considerado como bueno, ya que se cumplen en todas las áreas 7 de los 9 criterios, y un octavo criterio solo se incumple en un área. La falta de apoyo administrativos se considera como un área de mejora prioritaria detectada con este trabajo.

IMPACTO DE UN 'PLAN DE CHOQUE' EN LA DISMINUCIÓN DE LA DEMORA DE LA CONSULTA EXTERNA DE CARDIOLOGÍA

A. Riera, M.C. Martínez-Ortega, I. Trabanco, R. Cortina, D. Escribano y E. Sommer
Fundación Hospital de Jove.

Palabras clave: Demora, Consulta externa, Planificación.

Objetivos: La accesibilidad es una dimensión de la calidad con múltiples oportunidades de mejora. La demora en la atención es motivo de insatisfacción de pacientes, profesionales y gestores. Nos planteamos disminuir la demora en la atención prestada en la consulta de cardiología de nuestro hospital, que durante el año 2004 'cotizaba al alza' de manera continuada.

Métodos: A partir de los datos de actividad asistencial de 2004 en los que se evidenciaba una demora media superior a los estándares recomendados, se diseñó un 'Plan de choque' con el siguiente 'paquete' de medidas: Elaboración de un documento consensuado por los profesionales, sobre patología subsidiaria de alta. Revisión de los tiempos de seguimiento según patología atendida en consulta. Registro de las altas de la consulta en una hoja de recogida elaborada 'ad hoc', que permitirá revisar las historias, la patología y el médico responsable del alta, en una posible auditoría interna por otros profesionales. Revisar a los pacientes ajustándose al documento de consenso. Análisis de resultados mensual para reintroducir mejoras.

Resultados: Elaboración de medidas mes de Noviembre-Diciembre 2004. Implantación del Plan Enero de 2005. Evaluación de resultados desde Enero-Mayo 2005. La disminución de la demora media ha sido de 44,5 días (mín 36,3-máx 51,3) en 2004 a 36,4 días (mín 25-máx 42,7) en 2005; es decir hemos reducido la demora media en la consulta de cardiología en 8 días en 5 meses de 'Plan de choque'. La demora media en 2005 resulta: 42 días en el mes de Enero a 25 en el mes de Mayo. Las altas totales dadas en consulta desde Noviembre 2004 han sido 170 y han aumentado proporcionalmente al descenso de la demora, de 16 altas en Noviembre 2004 a 44 en Mayo 2005. Respecto a los médicos que emiten las altas existe una gran variabilidad en la aplicación de las medidas pactadas destacando un profesional con el 48,8% de las altas emitidas, respecto a un 8,8% del que menos emite o registra. La evolución de la consulta en actividad (número de consultas -3934 consultas en 2004- y número de primeras/sucesivas) se ha mantenido similar a la de los mismos meses de 2004.

Conclusiones: Se necesita la implicación de todos los profesionales para conseguir unir la clínica y la gestión, materializada en este caso en la accesibilidad y el uso adecuado de recursos. Las medidas empleadas se demuestran eficaces pero será necesario evaluar la duración y adecuación de las altas y estimular la continuidad en el tiempo de estas medidas.

C-369

ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ESTANCIAS MEDIAS EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS, EN FUNCIÓN DE LA ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

A. Romero, E. De-Villar, E. Gómez y R. López
Hospital el Tomillar. Grupo REDEGUAS.

Palabras clave: Duración de la estancia; Hospital de crónicos; Continuidad en el cuidado de los pacientes.

El programa de continuidad asistencial (programa UCA) pretende adaptar el sistema sanitario local a las necesidades de los pacientes pluripatológicos. Entre las ventajas del programa está la posibilidad del ingreso directo desde la unidad de día o domicilio en caso de agudización, sin pasar por Urgencias, y la potencialidad de un ingreso de menor duración debido a que el paciente está en seguimiento habitual por un mismo equipo.

Objetivos: Conocer si existen diferencias relevantes en la duración de las estancias de los pacientes ingresados en un hospital de crónicos, en función de la adherencia al programa. Hipótesis: los pacientes que no se adhieren al programa UCA e ingresan en el hospital vía Urgencias, tienen una estancia media superior que los pacientes que se adhieren al programa e ingresan directamente sin pasar por Urgencias (vía UCA).

Métodos: Se recogieron los siguientes datos para todos los episodios de ingreso durante 2004: edad, días de estancia, código GDR, y mortalidad. Los datos fueron obtenidos usando el CMBD. Los trasladados intrahospitalarios fueron excluidos. La duración del ingreso hospitalario se contabiliza en el CMBD desde el primer día que el paciente ingresa en el hospital de crónicos y no desde que el paciente está en Urgencias. Las estancias medias de cada cohorte se compararon usando la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se analizaron un total de 2252 episodios de ingreso. Las características de dichos episodios se muestran en la tabla 1. La mediana de la estancia para los pacientes que ingresaron vía UCA fue de 8 días (0-93), y la de los que lo hicieron vía Urgencias fue de 8 días (0-236). No se encontraron diferencias significativas al comparar las estancias medias de ambos grupos de pacientes: 10,6 días (UCA) vs. 10,8 días (Urgencias) ($P = 0,14$). Se realizó un análisis multivariante en el que se incluyeron las siguientes variables como predictoras: inclusión previa al ingreso en programa UCA, mortalidad, tipo de GDR, vía de ingreso. El modelo multivariante fue desestimado al explicar estas variables tan sólo un 4% de la variabilidad.

Conclusiones: Aunque no encontramos diferencias relevantes en la duración de la estancia hospitalaria en función de la adherencia al programa UCA, el sistema utilizado para contabilizar las estancias en el CMBD puede ser el responsable, al omitir contabilizar la demora desde que el paciente acude a Urgencias hasta que ingresa, por lo que el beneficio del programa UCA en la estancias media sería al ahorrar estos días de demora.

C-371

LOS GRUPOS DE MEJORA COMO IMPULSORES DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN UN CENTRO HOSPITALARIO

J.R. García-Mata, M.L. Vela-Marquina, L. Jiménez-Bea y A. Misiego-Peral
Unidad de Calidad. H.U. Miguel Servet.

C-372

Palabras clave: Gestión de calidad. Grupos de mejora.

Introducción: La puesta en marcha de programas de calidad en los centros sanitarios exige la activa participación del personal. La estrategia de los grupos de mejora representa una alternativa validada. Desde 1999 el hospital ha puesto en marcha una política de impulso de los grupos de mejora en Unidades y Servicios mediante normativa hospitalaria, formación en calidad, apoyo metodológico e inclusión de objetivos específicos en el contrato de gestión.

Objetivos: Analizar el nivel de implantación y desarrollo de los grupos de mejora en un hospital.

Métodos: Se revisa la existencia, composición y actividad, reglamento de funcionamiento, actualización del plan de calidad, indicadores y líneas de mejora de los grupos de calidad a lo largo de 2004 obtenidos desde la memoria de calidad elaborada por los responsables de calidad de los Servicios. El programa afecta a un hospital de referencia con 68 Servicios/Unidades e implica a un número cercano a 5.000 personas.

Resultados: Todos los Servicios disponen de responsable de calidad, existen 48 grupos de mejora activos (70,6%), con 396 personas implicadas en ellos (34,3% médicos); durante 2004 los grupos de mejora han desarrollado una media de 5,26 reuniones de trabajo, 89,6% han realizado un análisis de situaciones mejorables, 91,7% disponen de reglamento interno de funcionamiento aprobado, 87,5% tienen actualizado el plan de calidad del Servicio, 72,9% monitoriza indicadores de calidad, y durante 2004 se han impulsado 132 líneas de mejora explícitas contribuyendo significativamente al desarrollo del programa de calidad y del modelo EFQM del hospital.

Conclusiones: Después de cinco años de sensibilización e impulso, durante 2004 se ha observado un mayor despegue de la estructura y actuaciones; se constata un elevado número de profesionales implicados; gran número de las líneas de mejora del hospital están a cargo de la actividad de los grupos de mejora; algunos grupos con un mayor desarrollo vienen actuado como referencia en la implantación del modelo a nivel del hospital y de la Comunidad Autónoma; el liderazgo, la formación en calidad y el contrato de gestión son tres elementos clave en el proceso.

MODELO INNOVACIÓN EN ORGANIZACIONES SANITARIAS (MIOS)

O. Moracho, J.I. Landaluce, J.J. Goñi, L. Aguirre, E. Ruiz y M.V. Salgado
Hospital de Zumarraga.

C-373

Palabras clave: Innovación, Evaluación, Calidad Total.

Objetivos: Elaborar un Modelo de evaluación y detección de áreas de mejora que sistematice y oriente la gestión de la innovación en las organizaciones sanitarias.

Métodos: La innovación es una necesidad en todas las organizaciones para adaptarse permanentemente a un entorno de cambio, pero es un concepto de difícil formalización en términos de su medida y progreso. El Modelo (MIOS) constituye un instrumento para evaluar situaciones, establecer objetivos y referencias y crear métodos de desarrollo para la gestión de la innovación y el cambio. El Modelo Capital Innovación (tesis doctoral) se ha construido basándose en una integración de las experiencias y bibliografía en esta materia, construcción del modelo, encuestas de validación en un grupo de empresas y mejoras incorporadas por parte de paneles de expertos de distintas empresas. El MIOS es una adaptación realizada por directivos sanitarios mediante la revisión y adaptación de todos los factores y su aplicación piloto en un hospital. El Modelo enlaza de una forma sistemática, transmisible, evaluable y repetible la capacidad de innovación de una organización definida por una estrategia y sus servicios. La base de evaluación se establece desde los llamados Factores de Innovación, entendidos como prácticas de gestión, uso de información o conocimiento asociados a niveles previamente personalizados para la empresa y con medidas cuantitativas y cualitativas para cada factor.

Resultados: El modelo se articula en torno a 2 elementos base (estrategia y servicios), 4 internos (organización y sistemas, personas, tecnología y mercado) y un elemento nuclear (procesos). Consta de 4 grupos de factores (entorno, estructura organizativa, infraestructuras, tecnologías y recursos, y personas y competencias profesionales), 20 factores y 96 subfactores de evaluación. Cada uno de estos dispone de una ficha de apoyo con su definición, identificación, variables de medida cualitativas y cuantitativas, y un coeficiente de evaluación del grado de profundidad en su aplicación basado en el ciclo de mejora continua. Tras su aplicación se dispone de una puntuación total, de cada uno de los factores y las áreas de mejora priorizadas para el progreso de la Innovación.

Conclusiones: El MIOS supone un avance importante mediante la disponibilidad de un instrumento que permite evaluar y orientar la gestión de la innovación en organizaciones sanitarias en línea con la estrategia y de forma complementaria a los sistemas de Calidad Total.

DESPLIEGUE DEL PLAN DE CALIDAD 2004-2007 EN UN HOSPITAL DE NIVEL INTERMEDIO. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

J. Rebull, A. Grau, B. Cuevas, Ll. Brull, J. Delagneau y P. Miret
Hospital de Tortosa.

Palabras clave: Plan de calidad, Despliege, Hospital.

Introducción: Entre las propuestas del plan estratégico 2002-2005 de nuestro centro estaba la creación de un grupo permanente de calidad para impulsar el modelo y el nuevo Plan de Calidad 2004-2007. El objetivo del presente trabajo es mostrar el despliegue del nuevo plan de calidad, describir los objetivos planteados a alcanzar para el 2005 y la participación de los profesionales.

Métodología: Un grupo permanente de Calidad formado por 5 personas (2 directivos) definió las nuevas líneas estratégicas del Plan, redactó y planificó las estrategias de implantación durante 2004. Se priorizó 2 líneas estratégicas: - Mejorar el grado de satisfacción del paciente. Calidad percibida. - Mejora continua de la práctica asistencial. Se definen los objetivos generales a alcanzar en el 2007: - Información verbal a pacientes y familiares. - Satisfacción del paciente en atención recibida en hospitalización, consultas y urgencias. - Gestión integral de las listas de espera. - Formación y divulgación de Calidad Asistencial. Se crean 6 grupos de trabajo (GT) para detectar oportunidades y proponer acciones de mejora, durante el 2005 en las áreas seleccionadas.

Resultados: 41 profesionales participaron en 6 GT: 1. GT información verbal: elaboración guía práctica de los principales criterios en que ha de basarse la información al paciente. 2. GT formación en Calidad: 16 seminarios formativos en calidad y difusión del plan. 3. GT de Satisfacción urgencias: 17 oportunidades de mejora detectadas; 33 acciones de mejora definidas. 4. GT de satisfacción en Hospitalización: 10 oportunidades de mejora detectadas, 17 acciones definidas. Priorizando información verbal 5. GT Listas de espera: proyecto circuito de LE exploraciones complementarias y circuito LE quirúrgica. 6. GT. Comunicación interna: 12 oportunidades mejora detectadas, potenciación Intranet y correo electrónico.

Conclusiones: La estrategia utilizada para el despliegue del plan de calidad ha servido para priorizar, definir y monitorizar acciones de mejora en las 7 áreas escogidas, implicando a un número importante de profesionales en el despliegue y consiguiendo que la mayoría de trabajadores del centro conozcan el Plan de Calidad.

C-374

LA CALIDAD, EJE VERTEBRADOR DEL NUEVO ENFOQUE DE GESTIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

C. Abelló, J.L. de Sancho, F. Iglesias, J. Pérez-Bartoli, C. Alerany y A. Robles
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

C-375

Palabras clave: Calidad, Gestión, Estrategia.

Objetivo: El Hospital Universitari Vall d'Hebron plantea el desarrollo de un nuevo enfoque de gestión que nace con la implantación del modelo europeo de gestión de calidad (EFQM) y pivota sobre cuatro ejes: 1. Aplicación del modelo EFQM. 2. Participación de los profesionales. 3. Diseño de un Plan Estratégico sustentado en las áreas de mejora detectadas por el EFQM. 4. Cuadro de mando integrado, como instrumento que garanticé su seguimiento. Todo ello con el consenso, compromiso y liderazgo del Comité de Dirección.

Método: El proceso se desplegará en tres fases: 1^a fase, de lanzamiento del enfoque (nov 04-feb 05) que incluye la cohesión directiva y de los grupos de trabajo, la realización de la autoevaluación inicial EFQM, el establecimiento de las líneas estratégicas, el establecimiento del Plan de Mejora, la adecuación del modelo organizativo y el establecimiento de las herramientas de construcción estratégica (cuadro de mando integrado y modelo de participación). 2^a fase, de construcción estratégica (mar 05-set 05) con el desarrollo del Plan Estratégico por líneas establecidas, el despliegamiento del modelo de participación, el establecimiento de objetivos e indicadores y la presupuestación del plan. 3^a fase, de seguimiento y evaluación continuada (duración del Plan Estratégico) con el seguimiento de los objetivos, la evaluación de los resultados y la revisión de objetivos.

Resultados: Durante los meses de noviembre y diciembre de 2004 se realizó la capacitación en el modelo EFQM a un grupo de 60 profesionales, que efectuaron la autoevaluación inicial EFQM que ofreció una puntuación global de 319 puntos y la detección de 72 áreas de mejora, de las que se priorizaron 8. Bajo la coordinación del Plan de Calidad se formaron grupos de mejora para cada una de las 8 áreas, que deberán diseñar las intervenciones de mejora que el Comité Directivo aplicará antes de la segunda autoevaluación, que tendrá lugar en octubre de 2006. Esta primera fase implica la participación de 119 profesionales.

Conclusiones: El nuevo enfoque de gestión surge del conocimiento integral de la organización que proporciona la aplicación del modelo EFQM, que permitirá establecer un Plan Estratégico basado en las líneas de mejora detectadas, con la participación de los profesionales y con el seguimiento del cuadro de mando integrado.

PLAN SOBRE TABAQUISMO EN EL HOSPITAL ALTO GUADALQUIVIR

L. Ballesteros, C. Recuerda, R. Romero, J. Gómez, J. Huertas
y A. Gámez
Hospital Alto Guadalquivir.

C-376

Palabras clave: Tabaquismo, Deshabituación, Plan.

Objetivos: 1. Conseguir que el hospital Alto Guadalquivir sea un lugar de trabajo y de asistencia sanitaria, libre de humo contaminado por humo del tabaco respetando la legislación vigente y protegiendo los derechos de los no fumadores. 2. Reducir la prevalencia del tabaquismo entre los trabajadores del centro mediante la creación de una consulta de deshabituación específica dirigida exclusivamente a trabajadores sanitarios (planificación detallada). 3. Ofrecer apoyo a la población para la deshabituación tabáquica cumpliendo con el rol efectivo de promotores de salud.

Metodología: Implicar a los responsables en la necesidad de garantizar el cumplimiento de la norma: Encuesta inicial anónima a todos de los trabajadores para detectar actitudes sobre el hábito, consumo de tabaco y predisposición a dejar el consumo. Encuesta anónima a todos de los trabajadores para detectar actitudes sobre el hábito, consumo de tabaco y predisposición a dejar el consumo, así como preguntas específicas sobre consejo en consulta y/o al alta hospitalaria. Creación de una consulta de deshabituación específica dirigida exclusivamente a trabajadores sanitarios (planificación detallada). Creación de un grupo de profesionales de apoyo al plan. Organizar y desarrollar sesiones formativas a los profesionales del hospital (facultativos y enfermería), y enseñar la mejor forma de abordar el tema, con los usuarios en las consultas o al alta hospitalaria.

Resultados: Liderazgo del plan desde la Gerencia a través de una nota informativa recordando a todo el personal el personal la prohibición de fumar en cualquier espacio de Hospital. Deshabituación en la consulta del 10% de la población de trabajadores fumadores desde su creación. Reuniones periódicas semestrales para valorar el grado de implementación de las estrategias planteadas. Realización de seis talleres formativos sobre técnicas de deshabituación y tipos de intervención con la población.

Conclusiones: El abordaje de un problema tan complejo como el tabaquismo en una institución pública precisa de la implicación de los líderes de la organización, de un plan de actuación con un responsable encargado de llevarlo a cabo y de la implicación de los profesionales en su rol de agentes de salud.

MESA 48**Gestión del conocimiento e investigación / Competencias profesionales (V)****C-377****COMPARACIÓN DE LOS CONTRATOS DE GESTIÓN 2004 ENTRE LAS ÁREAS DE SALUD DE EXTREMADURA Y LOS EQUIPOS DE C. PALIATIVOS**

M. López, B. Pop, A. Fernández, M.A. Martín, V. Romero y F. Bonino
Hospital de Don Benito – Villanueva.

Palabras clave: Contrato paliativos indicadores.

Introducción: El grupo de trabajo de calidad del programa regional de cuidados paliativos (CP) de Extremadura (Calpalex) está compuesto por al menos un profesional de CP de cada área de salud, y constituye una herramienta fundamental para la mejora del programa. Uno de los trabajos iniciales de Calpalex, fue la propuesta de un contrato de gestión basado en los criterios e indicadores de calidad elaborados por SECPAL y el Ministerio de Sanidad y Consumo, y que posteriormente habían sido adaptados por el propio grupo Calpalex. Se estructuraron en indicadores de actividad y calidad, y se redactaron las normas técnicas y la ponderación. Estos contratos, a su vez adaptados para las características de cada área, fueron pactados con los gerentes y firmados para el ejercicio 2003, y posteriormente modificados y firmados en 2004.

Objetivo: Comparación de los contratos de gestión en las áreas, analizando la variabilidad entre ellos.

Material y método: Comparación del contrato modelo inicial (con 18 criterios y 22 indicadores de actividad, y 5 criterios y 6 indicadores de actividad), con el firmado en cada área de salud.

Resultados: (Se detallarán más durante la comunicación) Los contratos firmados en 7 de las áreas fueron muy similares, mientras que en el área de Cáceres se redujeron drásticamente los indicadores pactados de 22 a 6, siendo además uno de ellos (uso de fármacos genéricos) de nueva creación. Los 6 indicadores de calidad fueron sustituidos en Cáceres por 5 de docencia e investigación.

Conclusiones: Aunque se hayan dado por válidos los indicadores de Cáceres, la uniformidad encontrada en las 7 áreas restantes, permitirá, además de conocer el porcentaje de cumplimiento, la comparación con lo pactado y cumplido en otros equipos similares, para de esta forma poder establecer medidas de mejora para el siguiente ejercicio en aquellos que comparativamente hayan obtenido menor cumplimiento.

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN SOBRE CALIDAD ASISTENCIAL EN ESPAÑA (1986-2004)

G. Carrasco, S. Lorenzo, A. Pallarés, R. Lledó, J.J. Mira, E. Ignacio, P. Parra y C. Emparán
Hospital de Barcelona SCIAS.

Palabras clave: Bibliometría, Revista de Calidad Asistencial.

Objetivos: 1) Describir la producción científica de Revista de Calidad Asistencial (RCA) hasta 2004; 2) Analizar la evolución de la investigación publicada; 3) Identificar las áreas preferentes de investigación.

Metodología: *Diseño:* revisión sistemática de los contenidos digitalizados y previamente codificados en palabras clave correspondientes a vocablos Mesh; *Participantes:* Siete editores de RCA y una experta en semántica médica; *Variables:* relativas tipo de manuscrito (editorial, original, especial...); relacionadas con los campos de investigación preferentes (thesaurus Mesh -Medline); *Método de clasificación:* Cada estudio fue auditado por dos expertos independientes y revisado por una experta en semántica médica; Concordancia exigida: kappa ponderada > 0,60; Análisis estadístico: chi², t de Student y Mann-Whitney, kappa de Cohen.

Resultados: Se identificaron 804 estudios publicados durante los 18 años de edición. El formato más frecuente fue el original (332; 41,2%) y el menos habitual la carta al director (22; 2,7%). Comparando los trabajos publicados durante la primera década (1986-1996) con los publicados durante la segunda (1997-2004) se observó mejoría de los contenidos en todas las variables de calidad bibliométrica analizadas, incluyendo: el número de páginas por revista ($32,4 \pm 6,3$ vs. $62,5 \pm 9,3$; $p < 0,03$), el número de investigaciones originales por revista ($3,4 \pm 2,3$ vs. $6,8 \pm 5,3$; $p < 0,01$), el porcentaje de manuscritos con adecuada descripción estadística (8,3% vs. 42,5%; $p < 0,0001$) y las referencias bibliográficas por artículo ($9,2 \pm 6,6$ vs. $12,6 \pm 8,2$; $p < 0,04$). La investigación evolucionó desde el inicial predominio de estudios sobre aplicación de programas de calidad y encuestas asistenciales hasta la actual hegemonía de la investigación en revisión de la utilización y sistemas de información. El porcentaje de estudios originales que abordaban temas no incluidos en la base de datos Medline representó el 8,3% entre 1986-96 mientras que en 1997-2004 ascendió al 15,3% ($p = 0,03$).

Conclusiones: 1. La evolución de la revista muestra una mejoría significativa de las variables de calidad bibliométrica. 2. La tendencia en la investigación en calidad ha pasado de la aplicación de programas de calidad y de encuestas asistenciales a la investigación en revisión de la utilización y sistemas de información. 3. La investigación más innovadora se ha duplicado en la última década.

C-378**VIOLENCIA DE GÉNERO Y OTRAS CULTURAS**

R. Roig, L. Sánchez, N. Conteras, A. Blancas y A. Fernández
ABS Plana Lledó- Mollet.

Palabras clave: Multiculturalidad, Violencia, Sensibilización.

Introducción: En la puesta en marcha del protocolo sobre violencia de género de nuestro centro de trabajo, vemos que la especificidad del colectivo: Mujer inmigrante, desplazada, de cultura islámica, con barreras idiomáticas, la falta de conocimiento cultural y social, sin una red familiar que la proteja, y con pocos recursos económicos; se presentaba como un problema a tener en cuenta, ya que, la calidad de atención en dichas usuarias podía disminuir. Siendo la causa de dicha falta de calidad el gran desconocimiento sobre otras costumbres culturales.

Objetivos: Dar cobertura a las mujeres que no se encuentran dentro de las generalidades del protocolo estándar de la población femenina. Sensibilizar a los profesionales a través de la formación para una correcta atención de las mujeres procedentes de otras culturas. Promover el acercamiento, teniendo en cuenta las particularidades de dichas culturas.

Metodología: En la detección por ser este un porcentaje pequeño, se hace seguimiento de cada caso, con entrevistas en profundidad debidamente traducidas a los idiomas más comunes de las usuarias (árabe, inglés, francés, punjabí – idioma de una provincia de Pakistán y de la India –). Formación de todo el personal en otras culturas, haciendo hincapié en la islámica dado que es la más desconocida, y sobre la que existen más prejuicios.

Resultados: Los resultados son óptimos, el grado de satisfacción de las mujeres es muy alto, ya que se sienten apoyadas y orientadas en el difícil tema de la violencia de género. Se inician acciones preventivas y coercitivas respecto a los agresores. Los profesionales de nuestro centro expresan su grado de satisfacción al poder disponer de herramientas que les permiten realizar su trabajo con más seguridad. La formación realizada es bien recibida y la evaluación final de dichos cursos es de un 8,89 sobre 10.

Conclusiones: Al aumentar la formación disminuye el grado de frustración y angustia del profesional, ya que, disponiendo de más conocimientos la atención es de mayor calidad. Al dar formación suele quedar de manifiesto la necesidad de recursos, que en el caso de existir se usan, pero sino es así se promueve la creación de dichos recursos ante la demanda.

C-380**DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA FORMACIÓN**

J. Vázquez, L. Alarcón, D. Aguilar, M. Santos, D. Riley y G. Vázquez
Fundación IAVANTE.

Palabras clave: Impacto. Formación.

Objetivos: Evaluar la aplicabilidad en la realidad profesional, de conocimientos y habilidades entrenadas, por los profesionales participes de formación. Demostrar que el uso en formación de metodología tecnológicamente innovadora, contribuye a potenciar cambios y refuerzos positivos en la labor del profesional en su entorno de trabajo. Mejorar la calidad de la formación de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía que participan de la formación de IAVANTE.

Metodología: Empleada Proponemos una metodología cuanti-cualitativa multimétodo con diferentes técnicas de recogida y triangulando la información obtenida. Las variables de estudio consideradas son: Dependientes, Aplicabilidad, Seguridad, Evitación de Errores, Oportunidad, Condiciones del Entorno, Posicionamiento, Independientes, Utilidad, Metodología, Tipo de Competencia, N° Alumnos por Acción Formativa, Ratio, Profesor /Alumno, Actividad Entrenada, Edad, Puesto de Trabajo. La herramienta de evaluación del impacto de la formación se materializa en un cuestionario que se estructura en apartados sociodemográficos, de identificación de cuestionario, ítems de valoración de aplicabilidad de competencias profesionales y observaciones. Previo a la aplicación del cuestionario, se llevó a cabo un pre-test, donde asegurar que contenidos e ítems se ajustan a las necesidades. IAVANTE cuenta con un Sistema Integral de Gestión por Competencias: SIGES Y COMP que permite la puesta en práctica del modelo de Gestión por Competencias. Todo alumno participe de formación de IAVANTE cuenta con su Sección Alumno en SIGES Y COMP. La cumplimentación del cuestionario de evaluación del impacto de la formación se realiza aprovechando este recurso. El sistema aporta grandes ventajas: Considera la evaluación de impacto como una continuación al proceso de enseñanza y aprendizaje. Acceso a la cumplimentación vía Web, de forma fácil e intuitiva. Garantiza la cumplimentación del cuestionario. Análisis de los datos de forma automática.

Resultados: Contar con una herramienta que permita evaluar el impacto de la formación. Conocer el impacto de la formación impartida por IAVANTE en los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Obtener información relevante de la Formación de IAVANTE que garantice su calidad, en base a la Metodología Didáctica empleada.

Conclusiones: La formación induce cambios y refuerzos positivos en la labor del profesional cuantificables gracias a la Herramienta de Análisis.

C-379**DESARROLLANDO LA INTELIGENCIA SOCIAL DEL HOSPITAL A TRAVÉS DE EFQM**

A.M. Alzueta, P. Herrera, E. Martínez, M. Rodríguez y A.R. Díaz
Hospital Sierrallana.

Palabras clave: Responsabilidad social, Inteligencia social, EFQM.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es presentar el enfoque y el despliegue que, en el marco del modelo de gestión de la excelencia EFQM, lleva a cabo el Hospital Sierrallana en materia de responsabilidad social (RS). El concepto de RS, aunque pueda parecer relativamente novedoso en nuestro sector, cuenta con una larga trayectoria en el mundo empresarial, habiendo obtenido un impulso definitivo con la publicación, en 1953, del libro "Social Responsibilities of the Businessman", de Howard R. Bowen, a partir del cuál se acepta mayoritariamente que la RS debe considerarse como una dimensión integrada en una dinámica de cambio corporativo-organizacional, de cambio de valores (criterio de la Sostenibilidad).

Métodos: Tomando como referencia la definición operativa de Inteligencia Social propuesta por Leonard Schvarstein ("capacidad de generar y desarrollar las competencias necesarias para el ejercicio efectivo de la RS"), se analizan las agendas básicas de gestión implementadas en el Hospital Sierrallana, entre 2003-05, correspondientes a acciones de mejora derivadas de las dos autoevaluaciones realizadas con el modelo EFQM (herramienta PERFIL).

Resultados: Se sistematizan los principales resultados obtenidos en tres grandes apartados: 1) *Iniciativas de Información/Formación:* -Participación activa en el "Aula de Salud" del Ayuntamiento de Torrelavega. Organización/impartición de dos cursos semi-presenciales (on-line): "Gestión de la Calidad Total: Modelo EFQM". -Organización/celebración de dos ediciones de "Jornada de Desarrollo Sostenible", con participación de hospitalares y organizaciones líderes del sector. -Creación de un Punto de Información Medioambiental en la Intranet del Hospital (ERUDINET). 2) *Iniciativas de Gestión:* -Sustitución de los termómetros de mercurio. -Construcción de un baño adaptado para personas discapacitadas en una planta. -Creación de un Grupo de Trabajo para la certificación de un Plan de Gestión Medioambiental y preparación para su certificación con la norma ISO 14001. - Certificación con la norma OSHAS 18001 del Sistema de Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales. 3) *Iniciativas de Cooperación/Participación:* -Organización de exposiciones y conferencias de UNICEF, MEDICUS MUNDI e INTER-PUEBLOS.

Conclusiones: El Modelo de Gestión de la Excelencia EFQM se ha revelado, en nuestro caso, como una herramienta muy útil y como un revulsivo de la organización, de cara a poner en marcha un ambicioso proyecto, a su vez certificable, de Modelo de Responsabilidad Social.

C-381

LA CONSULTA DE BIOÉTICA EN UN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA: NUESTRA EXPERIENCIA DE DOS AÑOS

L. Ríos, M.A. Grifoll, A. Ibiricu, O. Doblado, C. Domenech y F. Celma
CAP Cambrils. Tarragona.

C-382

Palabras clave: Bioética. Atención primaria. Valores.

Objetivo: Crear un Espacio de Bioética en la consulta de atención primaria con el objetivo de integrar la ética al concepto global de salud, siendo de utilidad tanto al profesional como al usuario y su familia, para conseguir humanizar y entender sus decisiones teniendo en cuenta sus valores.

Método: 1. Se crea un espacio de consulta dedicado a la Bioética en Noviembre de 2003. 2. La consulta está liderada por un profesional del equipo con formación específica en bioética. 3. Se establece el circuito de detección/derivación (profesional/usuario). 4. Se definen las funciones básicas de la consulta: *A)* analizar los conflictos de orden ético que se presentan en la relación asistencial *B)* ayudar a los usuarios a implementar documentos / consentimiento informado. *C)* elaboración de documentos o protocolos que nos sirvan de guía para trabajar los aspectos éticos de nuestra actuación. *D)* sensibilización del equipo mediante sesiones formativas y discusión de casos. 5. Registro específico de los conflictos éticos que plantean los profesionales o usuarios.

Resultados: Se han realizado 17 consultas formales de usuarios (1 consentimiento informado, 12 documentos de voluntades anticipadas, 2 relacionadas con donación de órganos y 2 conflictos de familia). Las consultas de profesionales han sido mayoritariamente sin visita concertada y solo se ha realizado de manera formal en una ocasión, relacionada con un conflicto ético paciente/familia. Se ha elaborado el código ético, carta de derechos y deberes del paciente, documento de confidencialidad para los profesionales, díctico del Documento de Voluntades Anticipadas. Se ha creado un registro específico en la historia clínica informatizada para procedimientos de actuación de orden ético (consentimientos informados, ordenes de no resucitación, sedación, implicación familiar).

Conclusiones: 1. Se objetiva la necesidad de dar a conocer a la población la existencia del Espacio de Ética en el centro. 2. La accesibilidad al espacio de ética de los profesionales facilita la consulta no formal. 3. Los documentos y protocolos sirven para tener unas pautas comunes de actuación y trabajar en la vertiente ética el proceso asistencial. 4. Los profesionales, con el uso de los protocolos se sensibilizan integrando la ética en sus actos. 5. El paciente desconoce muchas veces que su problema es ético, pero el profesional lo reconvierte y le da el tratamiento adecuado.

INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

M.D. Cruzado, C. López, F. Casáis, R. Gil, M.D. Morales e I. Sánchez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-383

Palabras clave: Formación, Investigación, Enfermería.

Introducción: La investigación y la formación post-grado constituyen dos de los pilares que hacen posible el desarrollo de nuestra profesión, pero el reconocer esta máxima no es suficiente. El grado de motivación del personal de enfermería no consigue inducir el acercamiento necesario.

Objetivo: Establecer los factores que determinan la escasa participación de los profesionales del Hospital Universitario Puerta del Mar en los Programas de formación interna y en los eventos científicos a su alcance.

Metodología: Se trata de un estudio transversal y prospectivo. El muestreo, randomizado por estratos: enfermeras, matronas y fisioterapeutas, se realizó sobre el 35% de la población, excluyendo a los profesionales eventuales. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de factores de desmotivación y posibles barreras. El análisis se llevó a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Un porcentaje considerable de profesionales se mantienen al margen de la formación a pesar de considerarla como esencial para su desarrollo. El no disponer de tiempo libre es uno de los motivos por los que los enfermeros no acuden a los Programas de Formación Interna, sin embargo, aquejados para los que el tiempo no es un problema, tampoco participan más. Algunos de ellos, consideran que la formación del personal debe correr exclusivamente a cargo de la empresa.

Conclusiones: La formación y la investigación no son un lujo para la enfermería. Son prácticas en las que participan por sistema, sólo aquellos profesionales que la consideran como parte de su responsabilidad profesional. La cultura de la formación continua y la investigación debe comenzar en las Escuelas de Enfermería y continuar en cada Centro de Trabajo.

PERFIL DE LAS DEMANDANTES DE ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL Y SU INFLUENCIA SOBRE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DE EMBARAZO

M. Moreno-Tinoco, J.E. Sánchez-Basallote, F. Panal-Garrido y P. Morales-Romero
Distrito APS Sierra de Cádiz.

Palabras clave: Anticoncepción postcoital. Interrupciones voluntarias.

Objetivos: Conocer el perfil de las usuarias que han solicitado anticoncepción postcoital en el Centro de Salud de Ubrique durante los años 2002, 2003 y 2004 y analizar si ha influido en la demanda de interrupciones voluntarias de embarazo (IVEs).

Métodos: Análisis descriptivo de los registros de anticoncepción postcoital de los años 2002, 2003 y 2004, en los que se han analizado las variables: mujeres que solicitan anticoncepción postcoital por meses, grupos de edad, uso anterior de anticoncepción postcoital, método de anticoncepción habitual y motivo de solicitud; y de los registros de IVEs desde 1996 a 2003 del Centro de Salud de Ubrique.

Resultados: Se han administrado un total de 423 tratamientos de anticoncepción postcoital: 136 en 2002 (30,3 por 1.000 mujeres en edad reproductiva), 125 en 2003 (27,8) y 164 en 2004 (36,5), con una media de 11,8 demandas por mes (Desviación estándar: 4,3). El mes con mayor demanda (20) fue noviembre de 2004 y los meses con menor demanda (4) fueron enero de 2002 y junio de 2003. La estación del año con mayor demanda en 2002 y 2003 fueron los meses de verano (34,6% y 34,4% respectivamente) y en 2004 los meses de otoño (29,6%). El grupo de edad con mayor demanda (28,8%) lo constituye las mujeres entre 17 y 19 años. El 68,9% de las usuarias tenían menos de 25 años. El 34% de las usuarias habían solicitado ya, en alguna otra ocasión, anticoncepción postcoital. En el 89% de las usuarias, el método de anticoncepción habitual era el preservativo y el motivo de solicitud de anticoncepción postcoital más frecuente (82%) fue por la rotura del preservativo. Respecto a las interrupciones voluntarias de embarazo, se han solicitado un total de 40 solicitudes: 14 en 2002 (3,1 por 1000 mujeres en edad reproductiva), 15 en 2003 (3,3) y 11 en 2004 (2,4), mientras que entre los años 1996 y 2001 se solicitaron una media de 9,8 solicitudes (2,2). El grupo de edad con mayor demanda entre 2002 y 2004 (25,5%) fue el de más de 30 años, igual que entre 1996 y 2001 (42,2%).

Conclusiones: Las usuarias que están demandando píldora postcoital son mujeres jóvenes, por rotura del preservativo y un porcentaje importante ya la han solicitado en más de una ocasión. La tasa de Interrupciones voluntarias de embarazo desde la instauración de la píldora postcoital, paradójicamente, va en ligero aumento, no obstante, la mayor demanda sigue siendo en el grupo de mujeres de más edad.

MESA 49

Gestión por procesos (VII)

PLAN DE CALIDAD DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL DEL MAR DE BARCELONA

M.J. Gil-Egea, J. Sancho, M. Pera, M. Segura, J. Busquets y L. Grande
Hospital del Mar. Barcelona.

C-386

Palabras clave: Cirugía indicadores calidad.

Objetivos: El Servicio de Cirugía General del Hospital del Mar está organizado en Unidades Funcionales: Cirugía General y Patología Mamaria, C Endocrina, C. Esofagogastrica, C. Hepatobiliopancreática, y C. Colorrectal. En octubre 2003 se puso en marcha el presente Plan de Calidad con los siguientes objetivos. *Fase I:* Octubre – Diciembre 2003. Identificar y describir los procesos clave de cada Unidad. Desarrollar los indicadores de calidad de cada proceso. Diseñar una base de datos para cada Unidad. Valorar y actualizar los protocolos existentes de cada proceso. Mejorar el Informe de alta respecto: fiabilidad de diagnósticos y tratamientos. *Fase II:* Enero - Diciembre 2004. Implantar del Plan de Calidad en el Servicio. Puesta en funcionamiento de la base de datos. *Fase III:* Análisis trimestral. Evaluación de los resultados e identificación de las áreas de mejora. Implantación de medidas de mejora. *Métodos* Fase I Reuniones con los miembros de las diferentes Unidades. Se han identificado los procesos claves de cada Unidad (14). Se han definido los indicadores de calidad de cada proceso (124). Fase II Recogida de datos prospectiva en una base de datos File Maker Pro. En el momento actual están monitorizados los resultados, correspondientes al año 2004, de todos los procesos clave. Fase III Reuniones con los miembros de cada Unidad para valorar los resultados. Se han identificado áreas de mejora, se han instaurado medidas de mejora y se han valorado los resultados a los 3 y 6 meses. Resultados En el proceso Cirugía de Colon Programada se han identificado diferentes áreas de mejora. 1. Disminución de la infección de herida operatoria (14%). Medidas instauradas: utilización del aro plastificado protector de la herida. Cambio de mesa de instrumental, batas, tallas y guantes. Resultado a los 3 meses y 6 meses: infección herida operatoria: 5,3%. 2. Disminución de la estancia media (11 días). Medidas propuestas: Elaboración de Vía Clínica Cirugía Electiva Colorrectal. En el proceso Cirugía de Pared Abdominal se han identificado las siguientes áreas de mejora. 1. Infección herida operatoria (3,9%). Medidas propuestas: analizar los factores de riesgo de los pacientes infectados para adoptar medidas en ese grupo de riesgo. 2. Aumentar cirugía por CMA Conclusiones La puesta en marcha del Plan de Calidad en el Servicio de Cirugía ha permitido la monitorización de indicadores de los procesos clave, la identificación de áreas de mejora y la puesta en marcha de medidas correctoras.

APERTURA DEL NUEVO CENTRO DE SALUD VICENTE MUZAS A TRAVÉS DE LA GESTIÓN DE SUS PROCESOS

J.A. Parra, A. García, M.A. Yusta, A. Cañada y J.M. Mena
Gerencia Atención Primaria Área 4 de Madrid.

C-385

Palabras clave: Procesos, Atención Primaria.

Introducción: El Consultorio Vicente Muzas del Área 4 de Madrid atendía a 20.000 usuarios según el Modelo Tradicional. La apertura de un nuevo Centro de Salud estructurado como Equipo de Atención Primaria supone reconvertir antiguos profesionales e incorporar médicos, enfermeras y administrativos. Para superar las dificultades en el cambio de modelo se decidió apostar por gestión de los procesos clave del nuevo EAP previamente a su inauguración.

Método: Cinco profesionales (2 médicos, 2 enfermeras y un administrativo) forman el núcleo impulsor del proyecto junto a la Unidad de Calidad. Se seleccionaron los procesos clave (Atención a urgencias/sin cita, Atención a domicilio, Realización de pruebas analíticas, Derivación médico-enfermera); se diseñaron los procesos elegidos, recogiendo expectativas de las partes implicadas y estableciendo su misión, límites, propietarios, especificaciones e indicadores; Los propietarios de cada proceso los presentaron y consensuaron con todos los profesionales (sanitarios y administrativos) un mes antes de la apertura, entregándoles posteriormente las fichas de gestión y diagramas de flujo correspondientes.

Resultados y conclusiones: La apertura del EAP se realizó sin incidencias, adecuándose la actividad al diseño de los procesos. Durante el mes siguiente a la puesta en marcha las unidades técnicas de la Gerencia se programaron sesiones en el centro revisando aspectos clínicos y organizativos. A pesar del traslado físico del centro con toda su población y del cambio completo del modelo de atención, en los cuatro meses posteriores a la apertura hubo solamente 13 reclamaciones (15 en el mismo período del año anterior), sólo una hacia referencia parcial a uno de los procesos implantados. Se realizó una encuesta de satisfacción a todos los profesionales del EAP. El 90% conocían todo o casi todo referente a los procesos. El 86% consideraban que habían sido muy o bastante útiles para su trabajo (sin dificultad para llevarlos cabo en el 67%). El 76% piensan que ha mejorado muy a menudo/a menudo la coordinación con otros miembros del EAP y facilitado la atención a los usuarios. Los sanitarios valoran más el proceso Derivación médico-enfermera mientras que los administrativos consideran más útil la Atención a urgencias/sin cita. La gestión de procesos permite minimizar los problemas organizativos habituales en la apertura de un nuevo Centro de Salud estableciendo procedimientos comunes y consensuados. Implicar a todos los profesionales es la clave del proyecto.

PROCESO CÁNCER DE MAMA: PUERTA DE ENTRADA ALTERNATIVA

D.A. Utor, P. Moreno, J.E. Fernández y E. Alonso
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-387

Palabras clave: Cáncer mama, Triaje.

Objetivos: Una vez analizadas las múltiples formas de entrada de las pacientes con sospecha de cáncer de mama en el Proceso, y ante las dificultades encontradas en el Servicio de Radiología del H.U. Puerta del Mar, se diseña un circuito de derivación alternativo que contempla la creación de una consulta de Triaje con la finalidad de unificar la puerta de entrada al Proceso y evaluar su repercusión sobre los indicadores de calidad.

Métodos: Se ha analizado la actividad de la Consulta de Triaje durante el año 2004, en especial los tiempos de respuesta (consulta, exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento), estudios de imagen solicitados y técnicas invasivas de diagnóstico. Estos datos se comparan con los obtenidos previamente a la creación de la consulta de triaje.

Resultados: Durante el año 2004 han sido atendidas 1081 pacientes remitidas desde Atención Primaria o Atención Especializada, encontrándose la demora media en 5,19 días (la demora media previa a la apertura de la consulta de Triaje se encontraba en 21 días). A 479 mujeres (44%) se les solicita exploraciones complementarias por imagen, especialmente mamografía (61%). La demora media para la realización de la mamografía ha sido de 8,49 días, bajando a 0,88 días cuando hay sospecha de cáncer en la exploración clínica. Durante el mismo año la demora de las mamografías solicitadas por otras consultas ha sido de 31,85 días. Se han realizado técnicas invasivas de diagnóstico, mayoritariamente True-cut, en 190 pacientes, lo que supone el 16% de las pacientes derivadas y el 40% de las pacientes con estudios complementarios de imagen. La demora media para el diagnóstico fue de 3,48 días en comparación con los 4,49 días obtenidos antes de la creación de la consulta. El 95% de los cánceres tratados en el Centro han sido diagnosticados a través de la consulta de Triaje. La demora media para ser intervenida una paciente diagnosticada de cáncer ha sido de 16,59 días, mientras que el año anterior fue de 21,29 días.

Conclusiones: La consulta de Triaje ha conseguido unificar la puerta de entrada del Proceso en nuestro Distrito, lo cual ha permitido obtener una homogenización en los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, con una evidente reducción en los tiempos de respuesta para la realización de los mismos.

**ESTUDIO DE CARGAS DE TRABAJO EN LA UNIDAD DE
ANÁLISIS URGENTES (UAU) DEL HOSPITAL DE BASURTO:
GESTIÓN DE LAS PERSONAS**

R. López, E. Teijiz, M. Guerricabeitia, M. Fiaño y M. Latorre
Hospital de Basurto. Bilbao.

Palabras clave: Laboratorio; ISO.

Introducción: La Misión de la UAU es "Proporcionar una información fiable y rápida al Facultativo de Urgencias con el propósito de ayudarle en el diagnóstico y control del paciente". Para desarrollar la Misión, uno de los procesos de apoyo más importantes es el Proceso de Gestión de las Personas. La Misión de este proceso en la UAU es "Disponer de recursos humanos adecuados en número y cualificación para el desarrollo de nuestra actividad y cumplimiento de nuestros objetivos".

Objetivo: Demostrar la relación entre la carga de trabajo y el objetivo de RAPIDEZ de la UAU durante los años 2002 a 2004.

Material y métodos: 1. Se crea un grupo de trabajo formado por 4 técnicos especialistas de laboratorio (TEL) y la responsable de la UAU; 2. Se elabora un registro para realizar el seguimiento mensual de la carga de trabajo (nº de volantes registrados); 3. Se establecen tres turnos de trabajo con 3 personas de mañana, 3 de tarde y 2 de noche; 4. Se utiliza el SPSS v.12.0 para analizar la asociación entre la "carga de trabajo" y el "tiempo de demora" (regresión lineal simple y coeficiente de correlación de Pearson); 5. Indicadores: Nº de volantes (para medir la carga de trabajo); Demora media y Percentil 90 (para medir la rapidez).

Resultados: 1. Los objetivos de rapidez en la UAU se han mantenido constantes en los tres años (demora media: 30 minutos y Percentil 90: 1 hora); 2. Entre los años 2002 y 2004 el aumento total de volantes registrados en la UAU ha sido del 4%. En el turno de mañana, el aumento ha sido de un 2%; en el turno de tarde, ha disminuido un 2%; y, por la noche, el aumento ha sido de un 16%; 3. El número de personas que trabajan en la UAU se ha mantenido constante durante los tres años de estudio; 4. La asociación entre el número de volantes y la demora media / percentil 90 no han mostrado significación estadística.

Conclusiones: 1. El aumento de la carga de trabajo no presenta una relación lineal con la rapidez del proceso de análisis urgentes en los turnos de mañana y tarde. 2. El turno de noche es el que muestra una variación interanual más importante en la carga de trabajo, con un aumento del 16%. 3. A pesar de este aumento en el turno de noche, no se demuestra una asociación entre la carga de trabajo y la demora del proceso. 4. La carga de trabajo, por sí sola, no ha mostrado su asociación con el tiempo del proceso. 5. El abordaje del análisis de las causas de la demora debe ser multifactorial.

C-392

MESA 50

Calidad Enfermería (VII)

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE
ENFERMERA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL SEGÚN EL
MÓDULO MAGNET HOSPITAL**

L. Arantón, J.M. Rumbo, M.C. Carballal, A. Rodeñ, I. Tenreiro y A. Facio
C. Hospitalario Arquitecto Marcide- Ferrol.

Palabras clave: Hospital magnético-calidad de cuidados-enfermería.

Introducción: El modelo Magnet Hospital surge en EE.UU (años 80), como resultado de la búsqueda de la excelencia de las unidades hospitalarias de enfermería. Su aplicación implica el esfuerzo tanto de la dirección como del personal asistencial en la mejora de los cuidados. Visión, misión y objetivos se centran en la noción de que enfermería es el componente más importante del cuidado hospitalario, por lo que se les otorga autoridad y autonomía para desarrollar sus conocimientos y así, elevar el estándar de cuidados a la excelencia.

Objetivo: Evaluar la calidad de los estándares de cuidados y rendimiento de las enfermeras de nuestro hospital siguiendo el modelo "Magnet Hospital".

Metodología: Traducción y adaptación contextual de los estándares utilizados para evaluar hospitales según el modelo magnet hospital. Aplicación y evaluación interna del método por valoración intra-observador.

Resultados: Se evaluaron los 14 estándares del modelo "Magnet Hospital" en 13 unidades de enfermería (92,86%). El estándar de cuidados de enfermería sumó una puntuación del 69,21% de calidad y la práctica profesional fue del 69,07% de rendimiento. La calificación global obtenida fue un nivel 2 (adecuado o suficiente).

Conclusiones: El "Magnet Nursing Services Recognition"® es el único sistema acreditador específico para reconocer la excelencia de los servicios de enfermería de un hospital. En nuestro caso, adaptando el modelo a la idiosincrasia del sistema sanitario español obtuvimos una aceptable puntuación media de 69,14 (lejos del 90% necesario). Partiendo de la premisa de conocer el método nos proponemos en un futuro diseñar un modelo validado que se adapte a nuestro entorno y poder así evaluar y acreditar unidades de enfermería en base a la calidad de los cuidados y práctica profesional.

C-393

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA ESTRUCTURADO PARA DIABÉTICOS EN TRATAMIENTO CON INSULINA LANTUS

G. Roldán y R. Martínez
Hospital Infanta Margarita.

Palabras clave: Educación terapéutica, Diabetes.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir el programa de educación terapéutica estructurado desarrollado en la Unidad de Diabetes del Hospital Infanta Margarita y presentar resultados en relación con nivel de autocontrol alcanzado según cambio en el nivel educativo, control metabólico obtenido (Hb. Glicada) a los tres meses y calidad de vida expresada por los pacientes en este periodo.

Metodología: En enero de 2004 comenzó a desarrollarse este programa en todos los pacientes en tratamiento con LANTUS, derivados por el médico internista responsable de la consulta. En el primer contacto con el paciente, se realiza una valoración inicial de estilos de vida y nivel educativo en diabetes. Según esta valoración, se cataloga al paciente en nivel 1, 2 ó 3. En la segunda intervención, se hace un plan terapéutico negociado teniendo como base el tratamiento médico. En la tercera intervención, se realiza una valoración del plan anterior. Tras esto, según su nivel educativo se individualiza el seguimiento hacia el autocontrol, que es la gestión del tratamiento (dosis de insulina según resultados de glucemias capilares, ingesta y actividad física) por el propio paciente. Se realizó un análisis univariante para describir la muestra. En el análisis bivariante para las variables cualitativas se usó la Chi-cuadrado, y para las cuantitativas la t de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se han atendido a 86 pacientes, con una media de edad de 32 años (dt: 12,9). El 53,5% son mujeres, siendo la edad media de las mujeres de 30 años (dt: 11,9) y de 34,9 (dt: 13,7) la de los hombres. Inicialmente estaban clasificados 47 en nivel 1, 36 en nivel 2 y 2 en nivel 3. Tras un año, tenemos 8 pacientes en nivel 1; 46 en nivel 2, y 31 en nivel 3. La media de Hb. Glicada previo ha sido de 8,59 (dt: 1,7) frente a 7,55 (dt: 1,2) a los 3 meses, alcanzándose diferencias significativas. Estas diferencias se mantienen por sexo, grupos de edad y por cambio en el nivel educativo. El 84,7% refirieron encontrarse mejor o mucho mejor desde que entraron en el programa.

Conclusiones: La aplicación del programa, puede conseguir la autonomía del paciente en términos de autocontrol, siempre que sea individualizada su atención en base a sus posibilidades y características personales. Los mejores resultados se han dado en los pacientes que pasan del nivel 2 al 3, alcanzando este grupo una media de Hb. Glicada < 7%. El profesional de enfermería como educador y cuidador, puede ayudar a las personas a vivir con su diabetes.

C-394

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL: EXPERIENCIA DE SECTORIZACIÓN DE UN ÁREA SANITARIA CINCO AÑOS DESPUÉS

A. Aguirre, E. López, E. Bayol, C. Buiza y A. Rodríguez
UCA Hospital El Tomillar.

Introducción: En Febrero de 2000 se planteó la sectorización de un Área Sanitaria como herramienta fundamental para asegurar la continuidad en la atención por un mismo equipo médico y enfermero desde el hospital (equipos de referencia). Esta respuesta debería ser válida independientemente de la presión asistencial que soportara nuestra Unidad.

Objetivos: Analizar y describir la tasa de ubicación en cada zona específica (planta polivalente dotada de Unidad de día, Consulta Externa, Consulta telefónica y Hospitalización) asignada a un sector del Área para los pacientes incluidos en el programa (Pluripatológicos, crónicos, frágiles).

Método: Se analiza la ubicación de estos pacientes en las tres alas del hospital asignadas para ello realizando varios cortes aleatorios en momentos de distinta presión asistencial para comprobar la solidez de la medida y capacidad de respuesta.

Resultados: La media de ubicación en planta de hospitalización supera el 70% manteniéndose en torno al 95% en las zonas alternativas a hospitalización (Unidad de día, consultas externas y programa telefónico).

Conclusiones: Tras cinco años de experiencia no sólo se han mantenido los niveles de adecuación por ubicación que presentamos en un principio (en torno a un 60%) si no que se han mejorado lo cual refuerza la hipótesis de partida: la personalización en la atención a pacientes crónicos-pluripatológicos mejora la eficiencia del proceso y la satisfacción de los agentes incluidos.

C-396

PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS EN EL HC DE LA AXARQUÍA: MEJORA CUAL. Y CUANT. EN LA CAPTACIÓN DE PACIENTES CON GRAN DEPENDENCIA DE CUIDADOS

B. Negueruela, C. Berrocal, E. Terol, Y. Morcillo y S. del Río
Hospital Comarcal de la Axarquía.

Palabras clave: Criterios de Inclusión, Autonomía, Gestión de Casos.

Introducción: En nuestra andadura, en el Desarrollo del Programa Gestión de Casos, hemos visto la necesidad de evolucionar en el Perfil de Pacientes Captados, centrándonos en los Pacientes con problemas de Autonomía al alta Hospitalaria, independientemente del motivo de Ingreso o del Proceso en el que estuviera incluido. Junto a este tipo de Pacientes incluimos a sus Cuidadoras, las que valoramos para conocer sus necesidades e intervenir metodológicamente.

Objetivo: El propósito de nuestro trabajo es dar a conocer las mejoras realizadas, en la ejecución del proyecto comenzado en 2004, en relación con los Criterios de Inclusión en nuestro Programa de pacientes que precisan especial coordinación y planificación del alta y de sus Cuidadoras. Así mismo presentamos la Evaluación de resultados de la implantación del Programa.

Método: Análisis comparativo de indicadores de actividad y resultados del período marzo-diciembre 2004. Información obtenida de: Enfermeros Comunitarios de Enlace (ECE), de las distintas Zonas Básicas, en los Foros de Debate realizados; Sesiones clínicas Multidisciplinares: Servicios de Información hospitalarios.

Resultados: Los datos recogidos tras la evaluación (Marzo-Diciembre 2004) nos han ofrecido una diferencia importante entre pacientes Valorados y los realmente incluidos en el Programa. Su análisis ha permitido las siguientes acciones de mejora: Redefinición de la Cartera de Clientes inicial, priorizando los usuarios, en base a criterios de necesidad de coordinación de cuidados. Se han incluido sistemáticamente a las Cuidadoras con Riesgo o Cansancio en el desempeño del Rol de Cuidador, planificando sus cuidados. Definición de Indicadores de Proceso y Resultados más adaptados al Servicio ofrecido.

Conclusiones: La mejora en la obtención de información ha influido de forma notable en la captación de estos usuarios, estableciéndose un circuito centrado en ellos, que coordina los distintos profesionales implicados y permite su seguimiento en ambos niveles. Se ha realizado una nueva Difusión entre las enfermeras mediante Escalas validadas de Autonomía para las AVD, que ha mejorado las indicaciones de derivación de los usuarios al Programa de Gestión de Casos.

C-395

VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN DE CUIDADORES PERSONALIZADO E INDIVIDUALIZADO DE PACIENTES DEPENDIENTES

A. Rodríguez, A. Ruiz, T. Alfonsena, P. Ruiz, M. Molina y T. Hernández
Hospital El Tomillar.

Palabras clave: Cuidadoras, Educación sanitaria, Dependencia.

Introducción: La Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) es una unidad que atiende a pacientes caracterizados por su alto grado de dependencia. En ellos es fundamental la figura del cuidador principal, persona sobre la que realmente recae la continuidad de cuidados al alta. Partimos de la idea que en la Dependencia no tratamos a un paciente sino a un binomio indisoluble paciente-cuidador y que los conocimientos, habilidades y actitud del último influye sobre la evolución del primero. Por ello nos planteamos este trabajo con los siguientes objetivos: 1. Valorar el grado de conocimientos de los cuidadores sobre cuidados básicos al enfermo dependiente. 2. Formarlos e informarlos en esta materia bajo un mismo marco teórico diseñado para tal efecto. 3. Registrar y evaluar la efectividad del programa. 4. Mejorar o potenciar la relación entre Enfermería y cuidador familiar.

Material y método: Estudio prospectivo de intervención no aleatorizado. Para la inclusión en el programa se seleccionaron cuidadores familiares claramente identificados (deben cumplir unos criterios de inclusión) que tuvieran a su cargo pacientes dependientes con un Barthel inferior a 25. A los cuidadores familiares se le realizó una evaluación a través de entrevista y cuestionario diseñados ad hoc, administrados por enfermeras previamente instruidas para unificar criterios, a fin de detectar los déficit en conocimientos, habilidades y actitudes en los cuidados básicos. A continuación se llevó a cabo un programa formativo individual y personalizado a "pie de cama" con especial atención a los déficit identificados en la valoración previa designándose a cada cuidador un tutor con el que realizaban las prácticas específicas (técnicas de alimentación oral y enteral, de aseo, cambios posturales, colocación de enemas...) durante una semana y realizándose una evaluación continua por observación directa. Se diseñó un marco teórico (basado en evidencias u opiniones de expertos) para evitar la variabilidad en la evaluación así como base de datos.

Resultados: a) 73 cuidadores analizados (perfil: mujer de 53 años de edad, casada, sin trabajo fuera de casada y con más de 5 años cuidando a su familiar). b) El 25% no realizaban la técnica de alimentación correctamente, el 32,9% la técnica del aseo y el 50,7% la de cambios posturales en la valoración previa. El porcentaje de rectificación al final de la intervención fue del 96,4% en la alimentación, 95,9% en el aseo y el 79,5% en los cambios posturales. c) El 45,2% no identificaban la inmovilidad y el 54,8% la alimentación como factores de riesgo de UPP. El porcentaje de rectificación en la valoración final fue del 95,9% y 97,2% respectivamente. d) 46,5% de las cuidadoras conocían al inicio los aspectos fundamentales de la dieta que debían administrar a su familiar, elevándose esta cifra al 100% al finalizar la tutorización individual. e) Se presentarán más datos específicos.

Conclusiones: 1. Se comprueba con los resultados, un importante déficit de conocimientos y habilidades en los cuidadores de pacientes dependientes a pesar de los años de dedicación al cuidado del mismo. 2. Asimismo queda demostrada la eficacia del programa de formación personalizado e individualizado. 3. Programas de este tipo podrían considerarse como indicadores de calidad en unidades de atención a pacientes dependientes.

C-397

MEJORANDO LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS, HERRAMIENTAS BÁSICAS EN CUIDADOS CRÍTICOS

R. Almozara, F. García, M. Palma, F. Ruiz, R. Malia y J.E. Torra
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Prevención, Úlceras, Calidad.

Introducción: Los pacientes ingresados en las UCIs presentan un riesgo bastante elevado de padecer úlceras por presión, siendo el precio que tienen que pagar por padecer una patología grave. Encontrándonos en el siglo XXI y sabiendo que estas lesiones se pueden prevenir en un 95% en la UCI del H.U. Puerta del Mar nos planteamos abordar este problema.

Objetivos: 1) Definición de una guía de práctica clínica, 2) Adquisición de un parque de SEMP. 3) Monitorización epidemiológica del problema.

Material y método: Abastecer la Unidad de un parque de Superficies especiales para el manejo de la presión. Realización de un estudio prospectivo para comparar las cifras de prevalencia de UPP antes y después de la adquisición del parque de SEMP. Los sujetos estudiados fueron los pacientes ingresados en la UCI de nuestro Hospital, y la recogida de datos fue realizada por los propios investigadores cada 15 días, utilizando una hoja de registro previamente validada.

Resultados: Utilizando la prevalencia como indicador de resultado, hemos agrupado los datos de nuestro estudio por trimestres, desde finales de 2002 hasta el cuarto trimestre de 2003, siendo mensuales los resultados correspondientes a 2004 y 2005. La evolución de la prevalencia de UPP en relación con la adquisición de SEMP ha sido de un 66% en el 1º trimestre del 2003 con un 26% de la unidad cubierta con SEMP hasta 12% en el 1º trimestre 2005 con el 100% de la Unidad cubierta con SEMP. En los últimos meses hemos realizado un estudio de incidencia en 300 pacientes con un resultado del 6%.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio presentan una relación directa entre la dotación de SEMP y la disminución de la prevalencia de UPP en nuestra UCI. Los repuntes iniciales se corresponden con un aumento de la concienciación acerca de la detección de UPP, sobre todo de lesiones en estadios I y II. Consideramos que la dotación de un parque de SEMP adecuado al riesgo de los pacientes es una medida básica para la prevención de las UPP y para optimizar su tratamiento. Teniendo en cuenta una amortización a cinco años, el coste por día y cama de UCI del parque de SEMP es de 0,96 euros. Atendiendo a la estancia media de la UCI, la fracción correspondiente a SEMP por estancia es de 8,64 euros, cifra muy inferior al coste del tratamiento de una UPP. Por otra parte es muy importante destacar la necesidad de que la utilización de material específico de prevención como las SEMP se enmarque en contextos de guías de práctica clínica y programas de prevención y tratamiento de UPP.

C-398

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SEGÚN EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA

R. García y F. Murua
Hospital Psiquiátrico. Álava.

Palabras clave: PAE, EFQM, Evaluación.

Introducción y objetivos: Tomando como referencia el Modelo EFQM de Excelencia, el personal de enfermería realiza una autoevaluación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) con 1 objetivo genérico: el examen global de las formas de hacer y los resultados obtenidos con ello; y con 4 específicos, en los que se valora si el Centro: Cuenta con la estructura necesaria para la implantación y despliegue sistemático del PAE. Aplica el PAE de manera continua, secuencial y coordinada a lo largo de la estancia del paciente. Obtiene resultados en términos de efectividad, desde la continuidad asistencial, técnico-científica y la satisfacción de los usuarios. Implanta las áreas de mejora o recomendaciones realizadas tras la evaluación.

Metodología: Se definen 33 criterios de evaluación basados en los elementos del PAE correspondientes a la estructura, al proceso y a resultados. Con un total de 100 puntos y una ponderación basada en la aplicación del PAE en el proceso del cuidar, en los resultados y en la estructura. La evaluación se basa en documentos de la H^a C^o de enfermería, de la organización, cuestionarios realizados a enfermeras y resultados de la última encuesta de satisfacción de pacientes y familiares. Se eligen 100 casos mediante la técnica de muestreo aleatorio distribuidos entre 7 unidades de hospitalización de un total de 229 casos, recogiendo los datos 3 evaluadores y el responsable de la implantación del PAE.

Resultados: El objetivo genérico se refleja en una satisfacción global de enfermería del 56,36% y del PAE del 59,28%. El primer objetivo específico arroja una tasa de cumplimiento de 7,8 sobre 10, el segundo un 7,9 y el tercero lo sitúa en 7,7. El detalle del grado de falta de cumplimiento por ítems, apartados y Unidades de Hospitalización contribuyen a definir las áreas de mejora. **Discusión y Conclusiones:** Al considerar el entorno y los recursos existentes en Osakidetza, los resultados no pueden ser extrapolados fuera de ella y la escasez de estudios en el ámbito especializado impone la comparación. Sin embargo el método es aplicable a cualquier Organización. La evaluación consigue el objetivo genérico, devolviéndonos como espejo, nuestra situación actual y las áreas de mejora futuras. La evaluación del PAE a través del Modelo EFQM de Excelencia eleva el trabajo de enfermería a las cotas de calidad deseadas. Los objetivos son los elementos del esquema lógico REDER y marcan aquello que enfermería y la organización necesitan realizar.

C-399

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE INMOVILIZADO (FIS N° PIO20793)

F.J. Pérez-Rivas, M. Beamud-Lagos, S. Gonzalo-González, P. Nistal-Justel, C. Carrera-Manchado y M.A. López-Blasco
Gerencia Atención Primaria Área 11 Madrid.

Palabras clave: Instrumento, Valoración enfermería, Inmovilizado.

Objetivo: Construir y evaluar la fiabilidad y validez de un cuestionario de valoración por patrones funcionales de salud (PFS) en el paciente inmovilizado.

Metodología: **Diseño:** Estudio transversal, observacional. **Ámbito de estudio:** Área Sanitaria 11 de AP de Madrid. **Período:** Marzo/03 a Diciembre/04.

Sujetos de estudio: Pacientes mayores de 65 años incluidos en el Servicio de Atención Domiciliaria al paciente inmovilizado en 10 EAP. (NC: 95% y e = 0,15). (n = 200). **Instrumentalización:** **Fase I:** Definición de los criterios de valoración de cada uno de los PFS a través de una técnica de consenso de grupo nominal (inclusión en cuestionario de aquellos criterios con consenso superior al 80%). Se estableció para cada criterio el objetivo, la definición, el proceso de valoración y el sistema de codificación. Se realizó prueba piloto (dos enfermeras realizaron 20 visitas domiciliarias). Con los resultados del pilotaje se rediseñaron y aclararon criterios con baja concordancia. **Fase II:** Análisis de la fiabilidad interobservadores del instrumento de valoración sobre el total de la población de estudio. Diez enfermeras realizaron la valoración integral de 169 pacientes con el cuestionario diseñado (evaluación por pares de los mismos pacientes con un intervalo entre visitas inferior a 10 días).

Analís estadístico: En variables descriptivas se han calculado las frecuencias y las medias (IC 95%). Para la concordancia se utilizó el porcentaje de concordancia absoluta, el índice de Kappa y el Coeficiente de Correlación Intraclass. **Resultados:** La edad media de la población de estudio fue de 84,1 años. El 77% eran mujeres. Se definieron 55 criterios, 71 subcriterios (o especificaciones de respuesta) y 11 criterios de resultado de valoración de cada patrón. El porcentaje medio de concordancia absoluta alcanzado ha sido del 81%. El 76% de los criterios definidos tiene un nivel de concordancia entre moderada y muy buena. El patrón 3 (Eliminación) presenta los criterios con mayor concordancia (100% buena correlación).

Conclusiones: La concordancia alcanzada en los criterios de valoración se puede considerar aceptable teniendo en cuenta el elevado número de evaluadores. Para la utilización sistemática del cuestionario en la práctica asistencial se hace necesario redifinir los criterios con pobre concordancia. La utilización de un instrumento de valoración validado y estandarizado, por todas las enfermeras del Área de Salud, redundará en la prestación de unos cuidados de mayor calidad y en una mejor atención global del paciente inmovilizado.

C-400

MESA 51

Calidad científico-técnica (VII)

CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL EN UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HUPM, CÁDIZ

M.D. Peñas, M. Aguilar, F. Carral y A. Cazenave
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-402

Palabras clave: Nutrición parenteral, calidad.

Diseño del estudio: Se realizó un protocolo de seguimiento de la NPT (anexo 1), en la cual se recogían diversas variables clínicas, nutricionales y analíticas, tanto al inicio como y durante el seguimiento. **Población:** 86 NPT controladas en la Unidad en 2004. Selección a través de un muestreo aleatorio con tablas de números aleatorios. Nivel de confianza del 90% y precisión del 20%. De 50 historias clínicas, revisadas: 47.

Resultados: 1. Adecuada indicación de NPT: 86,9% (40/46). 2. Duración de NPT mayor de 7 días: 86,9% (40/46). 3. Valoración nutricional inicial: al menos 3 parámetros, peso, % de pérdida de peso, albúmina plasmática y linfocitos totales: 93,61% (44/47). 4. Cálculo de requerimientos: cálculo de necesidades calóricas y proteicas del paciente al inicio: 89,36% (42/47). 5. Determinación de glucosa, función renal e iones: en las 24h del inicio de NPT: 93,61% (44/47). 6. Determinación de lípidos y transaminasas: al menos en las 72 horas iniciada la NPT. Aparece en 87,23% (41/47). 7. Determinación de hemograma y coagulación a las 72 horas del inicio. Dos grupos de pacientes para evaluar el resto de parámetros, ya que hay indicadores que aparecen a partir del tercer día, o a partir de los 15 días de NPT: Pacientes con NPT más o igual a 15 días: 14 pacientes: 92,85% (13/14). Pacientes con menos de 15 días: 33 pacientes. Se divide en 2 grupos: Menos de 7 días: sí tenían el hemograma a las 72 horas el 28,57% (2/7). Igual o más de 7 días: sí lo presentaban el 62,5% (15/24). 8. Seguimiento de función renal e iones al menos 2 veces por semana: 89,36% (42/47). 9. Seguimiento nutricional: peso y albúmina cada 15 días. Del grupo de más o 15 días de NPT hemos separado ambos: peso sólo estaba presente en el 71,42% (10/14) y la albúmina en el 100% (14/14). 10. Seguimiento de lípidos y transaminasas cada 15 días: el 92,85% (13/14). 11. Seguimiento de hemograma y coagulación cada 15 días. Estaba presente en el 92,85% (13/14).

CUMPLIMIENTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA UNIDAD CLÍNICA DE GESTIÓN DE PATOLOGÍA MAMARIA DEL HUPM, CÁDIZ

M.D. Peñas, E. Alonso y A. Cazenave
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-401

Palabras clave: Cáncer, calidad.

Diseño del estudio: **Población:** "pacientes con cáncer de mama que eran subsidiarias de tratamiento sistémico". De un total de 212 ingresos, 86 habían recibido este tratamiento. Selección de un muestreo aleatorio mediante tablas de números aleatorios. Nivel de confianza del 90% y precisión del 20%: 50 historias clínicas. Se han revisado 46 historias.

Resultados: **Guía 1:** Indicadores de la Guía de Práctica Clínica del Cáncer de Mama se han seleccionado: 1. El diagnóstico se logrará mediante triple evaluación: 100% (45/45). 2. La paciente diagnosticada debe ser valorada en sesión clínica para decidir la actitud terapéutica: 97,82% (45/46). 3. El informe A. Patológica en formato del Proceso de Cáncer de mama: 97,77% (44/45). 4. Las pacientes recibirán asistencia en el postoperatorio inmediato para la profilaxis de la movilidad de la articulación escápulo-humeral y del linfoedema: 82,22% (37/45). 5. Toda paciente tratada por cáncer de mama debe tener informe de valoración y/o tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico: 99,22%. **Guía 2:** Referente a los indicadores de la Guía de Tratamiento Sistémico del cáncer de mama se han seleccionado: 1. Se valorará el riesgo individual de recidiva y muerte de todas las mujeres con cáncer de mama: 1º A: En N positivos se estratificará: Nº de ganglios afectos. 100% (27/27). 1º B: En N negativos se estratificará: tamaño tumoral, grado histológico, estado de los receptores hormonales, tipo histológico: 100% (19/19). 2. Las mujeres con cáncer de mama deben recibir información relevante sobre las opciones de tratamiento adyuvante, sobre la magnitud del beneficio y sus posibles efectos secundarios: Está presente esta información en la historia clínica en el 95,65% (44/46). Está presente el consentimiento informado para recibir tratamiento sistémico en el 86,95% (40/46).

Conclusiones: La guía 1: el número total de historias que cumplen todos los criterios: 37/45, el 82,22%. La guía 2: el número total de historias que cumplen todos los criterios: 40/46, el 86,95%.

IMPACTO DE LA INFORMATIZACIÓN EN TIEMPO REAL SOBRE LOS CRITERIOS DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FETAL

J.L. Bartha, E. Rivero y B. Hervias
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-403

Palabras clave: Medicina fetal, calidad.

Objetivos: Evaluar el impacto clínico y sobre los indicadores de calidad asistencial en Unidad de Medicina Fetal de la implementación de un programa de informatización.

Material y métodos: Se compara la disponibilidad y la exactitud de la información clínica y la posibilidad de auditar indicadores de calidad en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz antes y después de la implantación del programa ASTRAIA (ASTRAIA Inc Munich) como sistema de informatización en tiempo real de la citada unidad. Las proporciones de las variables analizadas fueron estudiadas mediante el test chi cuadrado con un nivel de significatividad previamente establecido del 95%.

Resultados: El cociente malformaciones diagnosticadas antes de la semana 20, el grado de correlación de hallazgos pre y postnatales, el número de pruebas invasivas fallidas y el número de pérdidas reproductoras tras pruebas invasivas fueron controlados con una exactitud mayor cuando se usó el programa informático. El número de mujeres con informe tras la visita así como el número de información contenido en el citado informe fue significativamente superior tras la implementación del programa. El número de informes remitido a otros especialistas fue también significativamente superior. El programa permitió la creación de varios cuestionarios de auditoria que se realizan de forma automática periódicamente.

Conclusiones: Los parámetros de calidad asistencial de una Unidad de Medicina Fetal pueden ser monitorizados más fácilmente y de manera más fiable tras la implantación de un sistema de informatización en tiempo real.

NUEVAS FUENTES ESPECÍFICAS DE INFORMACIÓN BIOMÉDICA

A. Martín, M. Mier, J.R. Benito, E. Ávalos, E. Martínez y A. Rodríguez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Medicina basada evidencia, información, internet.

Objetivos: Creación de una fuente de información biomédica específica para otorrinolaringología que reúna las revisiones sistemáticas, guías clínicas basadas en la evidencia, publicaciones secundarias, informes de las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias y CATs publicados en relación con la especialidad.

Método: Se realiza proyecto página WEB www.orlevidencia.org. Se realiza búsqueda en los metabuscadores y principales fuentes de datos de medicina basada en la evidencia. Se utilizan los descriptores médicos MeSH. Posteriormente búsqueda directa en cada publicación secundaria, agencias de evaluación y centros de CATs. Los resultados se indexan en apartados con enlace directo a la publicación. Acreditación código de conducta HNOcode y otras acreditaciones de web calidad.

Conclusiones: En el momento actual hay una gran expansión de la información científica, muy especialmente la biomédica. Las revistas médicas clásicas presentan dos problemas: la gran cantidad de publicaciones existentes y la desigual calidad de sus contenidos. Los más importantes avances en cada disciplina no son publicados en revistas especializadas sino en revistas generales tales como el JAMA, Lancet, BMJ y New England. La creación de fuentes de información específicas por especialidad, con la información de mayor calidad y disponible en internet es la mejor alternativa para ofrecer al clínico la información más válida en el menor tiempo posible.

C-404

MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES HIPERTENSOS MEDIANTE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

B. Pina, B. Oliván, C. Carcas, M. Josa y P. Val
CS DAROCÀ. Zaragoza.

Palabras clave: Cumplimiento, hipertensión, farmacéutico.

Objetivo: Averiguar si la intervención de un farmacéutico en el equipo de atención primaria permite una mejora del cumplimiento terapéutico en pacientes hipertensos y polimedicados, así como de los hábitos higiénico dietéticos.

Método: Estudio descriptivo prospectivo en el que se incluyeron 70 pacientes hipertensos y polimedicados (> de 5 medicamentos), pertenecientes a 6 centros de salud de los sectores Zaragoza III y Calatayud. Los pacientes fueron seguidos por un farmacéutico a lo largo de tres visitas sucesivas programadas en tres meses. En estas visitas se comprobó el cumplimiento terapéutico mediante la formulación del Test de Morisky-Green y los hábitos higiénico-dietéticos mediante la comprobación de los hábitos de vida.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 73,7 años. Género: 47,1% mujeres y 52,9 hombres. El número medio de fármacos por paciente es de 7,3, que dieron lugar a 0,7 interacciones por término medio en paciente. Tras analizar los resultados obtenidos en el test Morisky-Green en las tres visitas, no se observó una mejora en el cumplimiento, aunque si se obtuvo una mejora importante en los hábitos dietéticos consecuencia de la educación sanitaria recibida.

Conclusiones: La intervención farmacéutica mejora la calidad en la utilización de los fármacos porque proveer información más detallada acerca de los tratamientos a los que están sometidos los pacientes, así como detectar interacciones clínicamente relevantes que, en ocasiones, pueden pasar inadvertidas al clínico. Para evaluar cambios en el cumplimiento terapéutico se requeriría una intervención de mayor duración, puesto que los resultados obtenidos en esta ocasión no han sido concluyentes, habiéndose observado que a medida que se avanza en el tiempo, los pacientes adquieren mayor confianza y son más sinceros en su respuesta al test de Morisky-Green. Tras el período de seguimiento se ha observado un cambio en los hábitos higiénico-dietéticos y una mejora en la calidad de éstos, que en ocasiones se ha acompañado de una demanda por parte de los pacientes controlados para seguir bajo seguimiento.

C-406

HALLAZGOS INCIDENTALES COMO LIMITACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA EN EOCARDIOGRAFÍA

B. Ordóñez, I. Lacambra, A.I. Legazcue, L.M. Álvarez, M. González e I. Ferreira
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Palabras clave: Indicaciones ecocardiografía, hallazgos incidentales.

Objetivo: Valorar la aparición de hallazgos incidentales (no sospechados por los antecedentes, la clínica y la exploración del paciente) y hallazgos incidentales significativos (modifican el diagnóstico principal o el manejo terapéutico del paciente) en las solicitudes de ecocardiografía-doppler según el tipo de indicación de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en ecocardiografía.

Material y métodos: Se analizaron de forma prospectiva todas las solicitudes de ecocardiograma-doppler realizadas en nuestro laboratorio durante el mes de abril de 2005: 482 estudios. Se valoró el motivo de solicitud, tipo de indicación, procedencia, diagnóstico clínico y ecocardiográfico, información adicional proporcionada por el estudio y la aparición de hallazgos incidentales. Se eliminaron de la base de datos todos los realizados en pacientes pediátricos ya que éstos no estaban recogidos en las guías.

Resultados: Se determinó el porcentaje de peticiones de ecocardiogramas en función del tipo de indicación obteniéndose los siguientes resultados: clase I 52%, clase IIa 14,8%, clase IIb 5,5%, clase III 17,4% y no contemplado 10%. Se analizó la relación entre tipo de indicación según las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en ecocardiografía y la presencia de hallazgos incidentales significativos o no significativos, no encontrándose diferencias significativas para ninguno de los casos con un intervalo de confianza del 95%.

Conclusiones: Casi en un tercio de los estudios ecocardiográficos se encuentran hallazgos incidentales y tiene repercusión diagnóstica o terapéutica en el 17,22% de los casos. La aparición de hallazgos incidentales en los estudios de ecocardiografía no tiene relación con el tipo de indicación de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en ecocardiografía y pueden suponer una limitación para su aplicación.

C-405

GESTIÓN DE RIESGOS: PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DE MEDICACIÓN

M. Trujillo, M.C. Martínez-Ortega, M. Colunga, C. Fernández, A. Martínez y A. Altadill
Fundación Hospital de Jove.

Palabras clave: Evento adverso, medicación, notificación.

Objetivos: Dentro de las líneas de trabajo del Plan de Calidad del Hospital para la Gestión del Riesgo Sanitario nos planteamos como objetivo diseñar e implantar un Programa para la prevención de eventos adversos en la gestión del medicamento en nuestro ámbito.

Métodos: Inicialmente se crea un Comité para la Prevención de errores de medicación, dependiente de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Este Comité establece la difusión del proyecto y los modos de investigación de las notificaciones adaptando a nuestro hospital la Metodología del 'Programa de notificación interno de errores de medicación elaborado por el Grupo Ruiz-Jarabo 2000 y coordinado por el Instituto para el Uso seguro del Medicamento-España'. Se establece una evaluación periódica de las notificaciones y la difusión de los resultados en el hospital.

Resultados: Se presenta una evaluación de los meses de Enero-Abril 2005. En este período se han recibido 14 notificaciones: Respetto a prescripción: 5 que se resolvieron sin consecuencias para los pacientes, Trascripción: 4 en tres casos se administró al paciente la medicación pero sin consecuencias, el cuarto se detectó en Farmacia antes de la dispensación; Administración: 3 se administró al paciente la medicación de otro por error al rotular el vaso y se administra el doble de lo pautado por presentación confusa y en el tercero por desconocimiento de la forma farmacéutica dispensada por farmacia, Dispensación: 2, se detectó sin consecuencias. El Comité decidió que las notificaciones serían eliminadas tras la investigación del evento adverso, porque nos interesa conocer ¿qué? ¿cómo? ¿dónde? para comprender por qué y al menos inicialmente el principal resultado que perseguimos es difundir una cultura pro-notificación.

Conclusiones: Algunas recomendaciones generales que pueden reducir los eventos adversos son: prescripción clara, sencilla y completa y legible; considerar alergias del paciente, Pacientes que han estado en la UCIN: actualizar tratamiento, ante la duda, clarificar todos los datos necesarios; mantener comunicación con todo el equipo médico, antes de transcribir las órdenes terapéuticas comprobar los datos del paciente (etiquetas, cambios de cama...); revisión del producto acabado (reenvasado y acondicionamiento de medicamentos); revisión de carros de unidades; comunicación de farmacia sobre cambios de medicación. Los eventos adversos en la medicación podría entenderse como una enfermedad del sistema que precisa tratamiento.

C-407

USO ADECUADO DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE (GIJÓN)

M.C. Martínez-Ortega, A. Martínez, M. Trujillo, A. Altadill, C. Castro y M. Colunga
Fundación Hospital de Jove.

C-408

Palabras clave: Uso adecuado, fármacos, evaluación.

Objetivos: La necesidad de usar adecuadamente los recursos contrasta con la escasa información de la adecuación clínico-farmacológica en el tratamiento de las patologías. La evidencia científica aporta evidencias sobre el uso de grupos terapéuticos que no siempre se incorpora a la práctica clínica. Nos planteamos conocer y evaluar la adecuación de la prescripción de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en nuestro hospital, para determinar si es necesario desarrollar e implantar mejoras en la práctica clínica respecto al uso de los mismos.

Métodos: Revisión de la evidencia científica respecto al uso de IBP. Elaboración de documento de indicaciones de uso adecuado de los IBP. Elaboración de hoja de recogida de datos que contempla dichas indicaciones. Revisión de historias clínicas con prescripción de IBP en el hospital. Se realizó un estudio transversal en el año 2004 y otro en el año 2005 revisando los pacientes ingresados con IBP. Este estudio se lleva a cabo por los miembros de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del Hospital. Los datos de prescripción son facilitados por el Servicio de Farmacia. Se realizó tras el primer corte (2004) una difusión en el hospital de las indicaciones de uso adecuado de IBP, por lo que los datos de 2005 deberían reflejar esta intervención.

Resultados: En el año 2004 se revisaron 76 historias de pacientes con IBP, de las que 21 prescripciones no estaban justificadas, lo que significa que el 27,6% de los IBP prescritos podrían suspenderse. En el año 2005 se revisan 71 historias, 13 no justificados, el 18,31% de los IBP podrían suspenderse. En la distribución por unidades la mejora ha sido notoria en una unidad que pasa de tener un 52,6% de los IBP prescritos como no justificados en 2004 a un 6,25%, en 2005. Como causas de uso adecuado de los IBP destaca la profilaxis de gastropatía por AINES (46,5%), seguido de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (17,2%). La mayor parte de los no justificados en 2005 se detectaron en el servicio de traumatología, que en varios casos prescribe IBP en pacientes jóvenes sin riesgos asociados.

Conclusiones: La mera difusión de un Protocolo de Uso emanado por una Comisión tiene utilidad de forma que los resultados obtenidos reflejan la intervención realizada. Los resultados de estos trabajos deben ser comunicados a los diferentes servicios ya que sólo podremos establecer mejoras si los profesionales implicados en el uso inadecuado son informados de ello y se les ofrece la oportunidad de mejorar sus resultados.

MESA 52

Calidad Enfermería (VIII) / Eficiencia (V) / Competencias profesionales (IV)

RESULTADOS DE LA PUESTA EN PRÁCTICA DE UNA VÍA CLÍNICA PARA LA RESECCIÓN TRANSURETRAL EN PRÓSTATA Y VEJIGA

M. Rich, A. López, M.J. Requena, P. Sánchez, J.C. Regueiro y L. Rubio
Hosp. Univ. Reina Sofía. Córdoba.

C-409

Palabras clave: Vía clínica.

Objetivos: Numerosos estudios apuntan que la incorporación de las vías clínicas a los objetivos de una organización mejora la efectividad y eficiencia en el proceso asistencial. Pero los niveles de evidencia sobre su efectividad son bajos y sus pretendidas ventajas aun necesitan ser demostradas de forma concluyente. En el presente estudio pretendemos comprobar la efectividad de las vías clínicas para la mejora de los resultados obtenidos en la atención a pacientes con proceso quirúrgico, los factores que afectan a la misma y diferencias en el proceso de atención.

Métodos: Para ello se ha diseñado un Ensayo clínico randomizado, en el que hemos estudiado tanto resultados clínicos, como económicos (indirectos) y resultados centrados en el paciente (satisfacción). **Sujetos:** Se ha seleccionado la técnica quirúrgica de resección transuretral en el proceso Hiperplasia Benigna de Próstata y Carcinoma de vejiga. **Recogida de datos:** Básicamente mediante entrevista y revisión de historias. **Ánálisis:** Se ha realizado, en primer lugar un análisis univariante y bivariante, construyendo posteriormente un modelo de regresión lineal multivariante con la variable días de estancia como variable resultado principal.

Resultados: Aunque en el Congreso serán expuestos los resultados finales, incluimos en este momento el análisis de los primeros 60 casos. En estos primeros casos: no se han observado diferencias entre los grupos (vía sí/no) en cuanto a resultados clínicos/ complicaciones dentro del primer mes del alta ($p = 0,3$). Tampoco en cuanto a la variable manejo del régimen terapéutico al alta. ($p = 0,42$) La única de las variables resultado en la que hemos encontrado diferencias significativas ha sido "días de estancia". El modelo de regresión lineal finalmente elegido, tomando como variable resultado los días de estancia, incluye la Vía clínica, con un coeficiente beta de -1,05, es decir, ser incluido en vía clínica supone la reducción de más de 1 día (1,05) de estancia. Además, aparece como factor protector con un coeficiente beta de 0,87 la existencia de redes de apoyo.

Conclusiones: Los datos obtenidos de este primer estudio apuntan a mejoras más de carácter económico- administrativo que de resultados clínicos en sí. No obstante, tenemos que señalar que aunque en nuestro estudio hemos intentado evitar la contaminación, se han impregnado también los casos que no han estado sujetos a la intervención. Esto ha contribuido, por tanto, a la disminución de las diferencias entre ambos grupos.

MONITORIZACIÓN DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE LA ENFERMERA COMUNITARIA DE ENLACE Y LA DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIAS

M. Rodríguez, J.A. Péculo, E. Fernández, C. Doblas, O.C. Pérez y J.M. Martín
Servicio Provincial 061 Cádiz.

C-410

Palabras clave: Continuidad, cuidados, monitorización

La continuidad de cuidados se vértebra en torno a tres ejes: las personas, los entornos y la información. Así, el definir, sistematizar y evaluar una vía de comunicación entre agentes del cuidado de diferentes entornos asistenciales, evita las consecuencias de una atención fragmentada. En el contexto de la Comisión de Cuidados de área de Jerez se ha establecido un canal de comunicación que pretende garantizar la continuidad de cuidados entre las Enfermeras de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias y las Enfermeras Comunitarias de Enlace (ECE).

Objetivos: Evaluar el funcionamiento de la nueva línea de continuidad de cuidados entre la enfermera comunitaria de enlace y la de emergencias prehospitalarias. Establecer un método de evaluación continua y sistemática de la misma.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal, en el que las unidades de estudio son las derivaciones realizadas. Se evalúan los diagnósticos enfermeros más frecuentes, tiempo que transcurre hasta que la ECE recibe la información, tiempo que transcurre entre el aviso y la primera visita de la ECE, la pertinencia de la derivación y la concordancia diagnóstica. Se realiza estadística descriptiva con media, mediana, y desviación estándar (DE) para variables continuas, y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS v.13.

Resultados: Se describen resultados preliminares, correspondientes a la segunda quincena de mayo de 2005. Se han derivado 46 pacientes a las ECE (13,1% de pacientes asistidos en la provincia de Cádiz), de los que se ha sospechado diagnóstico de "Cansancio del rol de cuidador" en el 43,1% de los casos. El tiempo medio de recepción de la derivación es de 24 horas (DE 2,3). El tiempo medio que transcurre entre la derivación y la primera visita de la ECE es de 6,4 días (DE 2,1). Los escasos datos obtenidos aún sobre pertinencia de la derivación y concordancia diagnóstica no permiten todavía un adecuado análisis.

Conclusiones: El objetivo fundamental de esta línea de continuidad de cuidados, es dar respuesta a las demandas urgentes, relacionadas con diagnósticos enfermeros y problemas de autonomía, para los que, debido a las particularidades de nuestra labor asistencial, la única intervención posible es la derivación a las ECE. Nos encontramos en los primeros momentos, de pilotaje, de esta nueva línea de continuidad de cuidados. Es necesario continuar recogiendo datos para aumentar la precisión de los resultados.

¿COSTES DE LA CALIDAD O DE LA NO CALIDAD? PARA MUESTRA, UN BOTÓN

M.E. Hidalgo, M.C. Martínez-Ortega, A. Prieto, E. Mata y S. Villarejo
Fundación Hospital de Jove.

C-411

Palabras clave: Prótesis, Infección, coste.

Objetivos: La gestión del riesgo de Infección Nosocomial se traduce en un conjunto de actividades planificadas cuyo objetivo final es prevenir y evitar la infección nosocomial. Nos planteamos analizar los beneficios asistenciales y económicos en la gestión de riesgo de Infección Nosocomial (IN) en las prótesis de cadera de nuestro hospital.

Métodos: Se analizaron los datos de actividad (implantación y revisión de prótesis) a partir de la codificación de altas hospitalarias según la CIE-9_MC y de infección (con cultivo positivo) del laboratorio de microbiología de los años 2002 a 2004. Posteriormente se calcularon los costes de las medidas de barrera específicas para las intervenciones de cadera frente a los costes generados por la infección.

Resultados: El total de prótesis implantadas en nuestro hospital fue de 276 (año 2002, 101, año 2003, 85 y año 2004, 90). Sólo tuvimos una infección en el año 2003, lo que sitúa la tasa de infección en 0,36% (el estándar fija una tasa inferior a 2% y los datos del Epine 2003 arrojan un 2,27% en una muestra de 1.103 intervenciones). El coste total de las medidas de barrera específicas desecharables empleadas en nuestro hospital asciende a 10.725 euros para los tres años, mientras que el coste de la infección nosocomial supuso un alargamiento de la estancia en el episodio del implante de 66 días, un ingreso posterior de 4 días y una reintervención con recambio de prótesis. Los costes totales de la infección de la prótesis en este paciente ascienden a 20.961,8 euros. La cuantificación del coste social y de oportunidad escapa a los objetivos de este trabajo.

Conclusiones: La recogida de datos y su análisis nos llevan a diseñar estrategias de intervención para evaluar posteriormente la efectividad de las decisiones tomadas. En nuestro caso, constatamos que la inversión en medidas de barrera es coste-efectiva en la prevención de infecciones y que esta inversión se traduce en una tasa de infección mínima. Nos planteamos analizar otros servicios para determinar si el uso de este material específico debemos emplearlo en otros procesos quirúrgicos.

¿ES RENTABLE LA FORMACIÓN EN CALIDAD? EXPERIENCIA EN LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE

S. Tejua, M.C. Martínez-Ortega, C. Morales, A. Martínez y S. Villarejo
Fundación Hospital de Jove.

C-412

Palabras clave: Vía Clínica, Formación, Costes.

Objetivos: El desarrollo de un Plan de Calidad en una organización requiere la implicación de los profesionales. Aunque la formación en calidad es requisito para trabajar con metodologías adecuadas, los gestores no siempre apuestan por la formación. El objetivo de este trabajo es determinar la rentabilidad de la inversión en el plan de formación evaluando los resultados de una actividad formativa organizada en el centro de trabajo.

Métodos: Análisis de resultados a los 6 meses de la formación teórico-práctica de 'Diseño e implantación de Vías Clínicas basadas en la evidencia científica' realizado en modalidad presencial, los días 16 y 17 de Noviembre 2004. Proyección de ahorro de costes analizando el proceso de pólipos endometriales sobre el que se ha aplicado la metodología aprendida. Comparación de costes con la inversión realizada en la formación (sólo costes directos sin considerar tiempos empleados los días de formación).

Resultados: Transcurridos 6 meses de la actividad formativa (realizada por 29 profesionales, 14 horas en total, 10 en horario laboral), los resultados son: Diseño e implantación (en pilotaje) de Vías Clínicas para los procesos de Pólipos endometriales, cura CHIVA de varices en coordinación con Atención Primaria, Catarata y Marcapasos. Respecto a costes, la Vía Clínica de Pólipos endometriales se analiza con datos retrospectivos: se diagnosticaron y resecharon en el año 2002, 44 pólipos; en el año 2003, 48 y en 2004, 44. El coste para el GRD 359 (Procedimientos sobre útero y anejos por carcinoma in situ o por proceso no maligno sin CC) es de 2.330 euros y la estancia media para este GRD en el año 2004 fue de 4,25 días, por lo que el ahorro que supondría un día menos de estancia conseguida por la implantación de la Vía Clínica ascendería a 24.670 euros al año o lo que es lo mismo a la realización de 10,5 procesos más de pólipos endometriales. El coste de la formación fue de 3.300 euros (costes directos de contratación del curso). La 'inversión' de este coste para el hospital sería de 21.370 euros.

Conclusiones: Si bien los resultados no resultan directamente comparables ya que estamos considerando el coste medio de la hospitalización, si resulta válido como aproximación ya que el ahorro de estancia supone la posibilidad de realizar más actividad. Hemos analizado solamente una vía clínica y sólo costes o inversiones económicas sin contar los beneficios que esta metodología aporta sobre la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y los beneficios del trabajo en equipo.

PREFERENCIAS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

C. Ribó, R. Delgado, O. Viles, E. Saigó e I. Orce
Assistència Sanitària Col.legial.

C-413

Palabras clave: Colonoscopia, cribaje, eficiencia.

Objetivos: Conocer la utilización de los métodos de diagnóstico precoz del cáncer colorrectal (CCR) en una compañía de seguro sanitario.

Método: Estudio descriptivo de la utilización en 2004 de dos exploraciones que figuran en el Plan de Salud de Cataluña 2002-2005 como recomendación a plantear en el diagnóstico precoz del CCR entre 50-70 años: detección de sangre oculta en heces y colonoscopia si la anterior es positiva. Revisión de los motivos de petición de las colonoscopias, para estimar el % utilizado para el diagnóstico precoz respecto al total.

Resultados: Realización de detección de sangre oculta en heces a 988 asegurados, edad media 62,7 años; 61,8% mujeres. Entre 50-70 años se realizó a 10 de cada 1.000. De estos, el 17% fueron positivos y se les realizó posteriormente una colonoscopia. El 23,7% de todos los análisis fueron indicados por digestólogos o cirujanos generales. Realización de colonoscopias a 4.607 asegurados, edad media 61,3 años; 52,5% mujeres. Entre 50-70 años se practicó a 91 de cada 1.000. **Motivos de petición:** un 14% de las colonoscopias, para diagnóstico precoz y un 4% posteriores a la detección de sangre oculta. El 72,5% del total fueron indicadas por digestólogos o cirujanos generales. En este año, se realizó alguna de las dos pruebas como primera opción a 18 de cada 1.000 asegurados: 60% sangre oculta en heces y 40% colonoscopia.

Conclusiones: La utilización relativa de la colonoscopia frente a la detección de sangre oculta en heces es mayor en nuestro sistema que en otros medios. Los médicos de especialidades relacionadas con el aparato digestivo, indican prioritariamente la colonoscopia frente a los médicos de cabecera e internistas, que siguen más las recomendaciones oficiales. La elección de la colonoscopia por parte de los especialistas es debida a la mayor efectividad diagnóstica. La gran accesibilidad de nuestro sistema (acceso libre a especialistas, sin listas de espera ni demoras) y la generalización del uso sedación (81,6%), son otras explicaciones. Además, el sistema de pago por acto, es identificado por todos los estudios como causa de inflación en la utilización de servicios. Es necesario profundizar en el estudio del coste-efectividad de la colonoscopia y establecer guías de práctica para garantizar la eficiencia de utilización de las diferentes exploraciones, ya que son dos técnicas muy distintas en relación al riesgo para el paciente y el coste (1:70 mayor coste de la colonoscopia). Utilizar el método más efectivo, eficiente y seguro será el objetivo.

VÍA CLÍNICA (VC) DE NEUMONECTOMÍA: ¿MODA O HERRAMIENTA ÚTIL DE TRABAJO PARA EL CIRUJANO TORÁCICO?

I. Royo, J.J. Rivas, P. Martínez, J. García, R. Embún y J.R. García
Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Palabras clave: Vía Clínica, Variabilidad, Calidad asistencial.

Introducción: Las VC son planes asistenciales desarrollados de forma sistemática, para contribuir a la toma de decisiones en patologías concretas de curso clínico predecible. Aúnan los conceptos de efectividad y eficiencia bajo la condición de Medicina Basada en la Evidencia. Implican la coordinación de las distintas dimensiones de la calidad asistencial: aspectos de interés para los profesionales sanitarios (coordinación entre profesionales, optimización de recursos, calidad científico-técnica), para los enfermos y familiares (información, seguridad, ajuste de expectativas), así como para los gestores (eficiencia, gestión de costes). Se elige la VC de Neumonectomía por ser la técnica que más recursos consume y con mayor morbilidad postoperatoria, dentro de la especialidad de Cirugía Torácica.

Material y métodos: Se revisa el cumplimiento de 12 indicadores durante los 3 años de implantación, establecidos por el grupo interdisciplinar (Cirugía Torácica, Anestesia, Cuidados Intensivos, Enfermería) que diseñó la VC de Neumonectomía.

Resultados: Durante este período se realizaron 75 neumonectomías. El 94,6% (71) fueron varones. En el 96% (72) se cumplió la vía correctamente. Cumplió la VC un 58,6% (44) del total de las neumonectomías. Indicadores estudiados y resultados: 1) Ingreso el día previo a la intervención: 100%. 2) Alta al 7º día posquirúrgico o antes: 70,02%. 3) Colocación de catéter epidural (CE) en quirófano: 52%. 4) Analgesia por CE en UCI: 37,7%. 5) Extubación en quirófano: 80,9%. 6) Estancia no superior a 48 horas en UCI: 81,5%. 7) Retirada de sonda vesical a las 24 horas: 23,8%. 8) Profilaxis tromboembólica: 100%. 9) Protección gástrica: 100%. 10) Profilaxis antibiótica: 71,8%. 11) Retirada drenaje torácico antes de 48 horas: 98,4%. 12) Rx tórax y hemograma al 6º día: 100%.

Conclusiones: Los indicadores que dependen de los cirujanos torácicos son los que obtienen mejor cumplimiento. Tampoco se ha observado una mejora a lo largo de estos 3 años en los indicadores que dependen de otros Servicios. A pesar de estos inconvenientes el Grupo de Mejora de Cirugía Torácica califica la experiencia como muy positiva y piensa diseñar nuevas VC.

C-414

¿COMISIÓN CLÍNICA DE HEMOTERAPIA, O, COMITÉ HOSPITALARIO DE TRANSFUSIÓN? ¿PURA PALABRERÍA?

J. Fernández-García, R. Fernández-Alonso, A. García-Oria, M.E. González-García, V. Robles-Mariñas y C. Fernández-Álvarez Hospital de Cabueñes.

Palabras clave: Comité hospitalario, comisión clínica, transfusión.

Introducción: Es posible que, en un futuro no muy lejano, la normativa comunitaria europea acabe con estos conflictos organizativos; máxime, cuando parece que, de una vez por todas se está tomando en serio el tema de la Hemovigilancia con todas sus consecuencias. Entre tanto, el debate que planteamos sigue vivo; porque, en algunos hospitales existe un Comité Hospitalario de Transfusión con una representación en el mismo de un miembro del Centro Regional de Hemoterapia; sin embargo en otros hospitales, existe una Comisión Clínica de Hemoterapia.

Material/métodos: En nuestro hospital, hemos conocido ambas modalidades de órganos asesores de la hemoterapia local, a nivel hospitalario: el Comité Hospitalario de Transfusión y la Comisión Clínica de Hemoterapia. Tras un análisis histórico y operativo de ambas modalidades hemos llegado a estos resultados.

Resultados: 1. Tanto el Comité Hospitalario como la Comisión Clínica, comienzan con grandes proyectos y grandes realizaciones que poco a poco se van esfumando. Las reuniones terminan siendo tan espaciadas que puede hablarse de una auténtica disolución. 2. La presencia del Centro Comunitario de Transfusión Regional en el Comité Hospitalario y en su organigrama resultó interesante y necesario. Cuando la Comisión Clínica prescindió de esta presencia, tuvo dificultades para desarrollar sus objetivos en el hospital. 3. No se trata de pura palabrería, creemos que el Comité hospitalario (CH), con la presencia de la hemoterapia institucional a nivel regional es la mejor fórmula para organizar la hemoterapia local. Aunque cumple las misiones de Comisión Clínica, el Comité Hospitalario de Transfusión es algo más.

Conclusiones: 1. El mayor problema del Comité Hospitalario de Transfusión como el del resto de las Comisiones Clínicas es su supervivencia en el tiempo con plenitud de contenidos. 2. Tal Comité sobrevivirá si lo preside un hemoterapeuta competente. 3. El desarrollo de la normativa comunitaria de hemovigilancia, ayudará, sin lugar a dudas a la constitución, solidez y pervivencia de los Comités Hospitalarios de Transfusión.

C-416

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CON RECURSOS PROPIOS, DENTRO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA

I. Royo, P. Martínez, J.J. Rivas, F.J. García, R. Embún y J.R. García
Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

C-415

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, estancias inapropiadas.

Introducción: La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria para tratar a pacientes seleccionados de una forma efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama para la pernoctación del paciente. Habitualmente se desarrollan con una estructura autónoma de quirófano, camas y personal, y deben dotarse de presupuesto diferenciado y una continuidad quirúrgica para su rentabilidad. Nuestra experiencia aporta un tipo de CMA que se realiza con los recursos existentes de nuestra especialidad (camas, personal y quirófanos) y por tanto, sin dotación ni presupuesto gravoso propio de las unidades de CMA convencionales.

Objetivos: Analizar las áreas de mejora, y problemas surgidos al aplicar este programa de CMA.

Método: Consideramos dos procesos quirúrgicos en los que con anterioridad hemos evaluado nuestra efectividad, y que cumplen los criterios de Davis para un programa de CMA. Analizamos las estancias inadecuadas que generan (AEP). Se procede a un estudio piloto, interviniéndose, según nuestro protocolo de CMA 7 mediastinoscopias y 4 simpatectomías bilaterales.

Resultados: Se detecta que con la técnica clásicamente utilizada hay una estancia media de 72 horas con 2 noches de pernoctación, dos días de estancia inadecuada. Con la aplicación de nuestra técnica de CMA las complicaciones postoperatorias fueron nulas, la estancia en la Unidad de Reanimación similar a la de cirugía convencional. La estancia postoperatoria media fue de 6 horas y la estancia hospitalaria de 11. No hubo ningún problema administrativo, de atención de enfermería, ni reingresos. Obtuvimos un 100% en el índice de satisfacción del paciente.

Conclusiones: Eliminamos estancia preoperatoria. Disminuimos la estancia media de estos pacientes a un máximo de doce horas. Ahorro de recursos en estancia hospitalaria. Aumentamos el índice de rotación de nuestras camas. Se alcanza un alto nivel de satisfacción y de la calidad percibida por el paciente y familiares. Mantenemos el mismo nivel de eficacia siendo más eficientes al ahorrar en recursos normalmente asignados. Mejoramos la protocolización de los procesos. Implicamos, en dicho programa, a los médicos residentes de la especialidad y enfermeras, familiarizándose con los criterios de selección, manejo de protocolos y observación de la importancia del coste competitivo, formándose, por ello, en la comprensión de los actuales métodos de gestión.

MESA 53

Gestión por procesos (VIII)

RESULTADOS UN AÑO DESPUÉS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DAR ASISTENCIA: HOSPITALIZACIÓN, EN UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

C-418

M.A. González, V. Martínez, J. Lloret, J. Regas, A. Godoy y P. Pérez
Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Palabras clave: Reingeniería, implantación, procesos.

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos al año de la implantación. Comprobar si se consolida la implantación del proceso que previamente se había diseñado con un método de reingeniería.

Método: 1. Sesiones grupo de mejora para hacer seguimiento de la implantación y resolver problemas on line. 2. *Plan de comunicación:* Sesiones con los profesionales del servicio para analizar y buscar soluciones. Sesiones trabajo e información con responsables de otros procesos. Sesiones trabajo para ayudar a diseñar otros procesos. Colaboración con la dirección para autoevaluación de la EFQM. 3. *Seguimiento:* Se realiza una evaluación mediante un estudio descriptivo, observacional, concurrente con métodos de autoevaluación y auditoría, en el mismo período y con el mismo número de población que en la del 2004. 4. *Mejora:* Se realiza por las personas del proceso conforme se van obteniendo resultados.

Resultados: Actividades: 2004 2005 Sesiones grupo mejora 18 12 Sesiones personas proceso 13 10 Sesiones informativas otros procesos 0 2 Exposiciones externas. Ponencias 1 3 Intervenciones cursos de gestión clínica 0 2 Colaboración con otros procesos y Dirección 0 2 Estudio evaluación, datos más significativos: Ingreso horario previsto 67% 100% Brazalete identificación 75% 53,36% Historia pre-ordenada 16,85% 89,47% Hoja informativa 66,66% 89,28% Valoración, planificación de cuidados 100% 96,42% Historia ordenada, cerrada, enviada archivos en 48h 100% 100% Notificación pre-alta 96,96% 81,77%.

Conclusiones: Los resultados de sesiones muestran lógicamente más actividad el 1 año de implantación pero la comunicación, la mayoría de las veces solicitada por grupos interesados, es mayor conforme se van consiguiendo resultados. En cuanto a la evaluación muestran mejora la mayoría de los ítems destacando el problema de identificación, del proceso Gestión de clientes, proceso proveedor con relaciones y dependencias directas.

PROCESO DE LABORATORIO: MODELO ORGANIZATIVO Y DE GESTIÓN CON LOS CENTROS PERIFÉRICOS

A. Giménez, P. Molina, M.L. Garrido, P. Gallardo
y M.R. Coronas
Hospital de Antequera.

C-417

Palabras clave: Gestión de los CPTM.

El Laboratorio Clínico del Hospital de Antequera está diseñado como un servicio integrado en áreas de conocimiento: Hematología, Microbiología y Análisis Clínicos. Con fusión de las fases preanalítica, analítica y postanalítica en áreas de trabajo multidisciplinar en función de la tecnología y un SIL integrado en el host central del hospital. Presta atención sanitaria a la comarca de Antequera con 103.000 habitantes distribuidos en 4 Zonas de Salud con un total de 18 consultorios. El presente trabajo tiene por finalidad exponer, nuestra estrategia organizativa y de gestión con los Centros Periféricos de Toma de Muestra sustentada fundamentalmente en dos pilares: el Decreto 112/1998 de 2 de junio como norma imprescindible para la apertura y funcionamiento de los mismos y, en segundo lugar en el Proceso de Laboratorio como guía básica de calidad de los procedimientos que se generan desde que se solicita una determinación analítica al laboratorio, hasta que el informe analítico llega al solicitante. P Dependencia funcional del personal implicado en la actividad preanalítica de los Centros Periféricos. P Supervisión de las instalaciones y equipamiento: centrífugas, gestión de tubos etc. P Formación y coordinación del personal: obtención de especímenes. P Tangibilidad: Manual de Apertura: Normas de acceso al laboratorio, Manual de Toma de Especímenes, PNT's relativos a la identificación, preparación y transporte. Criterios de rechazo. P Definir funciones, competencias y responsabilidades del personal. P Cartera de Servicios, orientada a la toma de muestra. P Seguridad: Procedimiento de envío de informes analíticos P Comunicación: Reuniones con carácter anual. P Memoria anual de actividad e indicadores de calidad. Evaluación y mejora continua.

UN DÉFICIT CUBIERTO: EL CONTROL DE EMBARAZO A LAS 40 SEMANAS

J. Pando, J. Juanes, E. Muñoz y M.D. Cruzado
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-419

Palabras clave: Embarazo, control, consulta.

Introducción: Hasta la implantación del Proceso de "Embarazo, Parto y Puerperio", el control de la gestación finalizaba entre las 37 y las 38 semanas. La valoración del bienestar materno-fetal establecido en el Proceso a partir de las 38 semanas, cubre las demandas de atención exigidas por las usuarias y pautadas por la OMS. En el Hospital Universitario "Puerta del Mar", se inicia este control en Mayo del 2004, en una consulta creada para tal fin y ubicada en el Área de Urgencias Toco-Ginecológicas de la Unidad de Partos.

Objetivos: Analizar la aportación que la consulta de 40 semanas tiene en el logro de los objetivos del Proceso de embarazo, parto y puerperio. Metodología La recogida de datos se realiza mediante el estudio cuali-cuantitativo de las historias de las gestantes valoradas en la consulta, además de una encuesta de satisfacción elaborada por los autores para tal fin y cumplimentada por la usuaria una vez terminada su consulta. La encuesta consta de 9 preguntas relacionadas con la calidad de atención ofertada.

Resultados: La mayoría de las gestantes derivadas desde los Dispositivos de Atención Primaria de nuestro Área Sanitaria, a la Unidad de registro cardiotocográfico, son captadas para la consulta de 40 semanas. Gracias a la información ofrecida, el 90% de las pacientes ingresa dentro del margen de seguridad evitando de esta manera consultas innecesarias e ingresos anticipados. La totalidad de las usuarias llegan con los protocolos y pruebas diagnósticas necesarias para su correcta atención. El control realizado para determinar la correcta y completa realización de pruebas diagnósticas etc., nos permite valorar la efectividad de los controles realizados durante el proceso. Con respecto al grado de satisfacción, las usuarias contestan mayoritariamente que aspectos como: atención recibida, confidencialidad, intimidad y puntualidad han sido muy buenas. Sin embargo, la información dispensada ha sido incompleta para una minoría de usuarias, y las condiciones de la sala de espera y ubicación de la consulta, deficitarias para otras.

Conclusiones: El déficit en el control de las gestantes a partir de las 40 semanas, se ha cubierto. La detección de carencias en la realización de pruebas diagnósticas, permite tomar medidas en la resolución de esta deficiencia; las manifestaciones sobre la información dispensada, la situación de la consulta etc, conlleva a replantear la reubicación de la misma fuera del Área de Urgencia y el enfoque de la información ofertada a las usuarias.

INTEGRACIÓN AP-AE DEL PROCESO DE ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA EN UN ÁREA DE SALUD A TRAVÉS DE UNA CERTIFICACIÓN ISO

G. Cañellas, T. Quirós, F. Naranjo, A. Cuallado y M. Torres
Hospital de La Ribera.

Palabras clave: Integración procesos; certificación.

Objetivo: En 2003 Ribera Salud, empresa concesionaria de la Atención especializada en el Área de Salud 10 de la Comunidad Valenciana, pasa de gestionar el Hospital de La Ribera (Alzira) a gestionar la sanidad de toda el área de salud, incluyendo la Atención Primaria. Esto obligó a replanearse tanto las políticas de certificación ISO 9000 como las relativas a la gestión por procesos, de modo que se marca como objetivo integrar tanto los procesos de A. Primaria como los de Especializada en macroprocesos comunes.

Método: Se constituye un equipo de trabajo con objeto de priorizar las áreas a certificar. Este grupo desarrolla unas especificaciones para obtener un ranking de procesos a certificar, dentro de unas directrices generales: que integren procesos de A. Primaria y Especializada, que tengan un contacto directo y frecuente con el paciente, que aporte valor añadido y reduzca la variabilidad en las actuaciones. Finalmente, se decide certificar los procesos de Atención a la Mujer Embarazada, tanto en un Centro de Salud como en el Hospital de La Ribera. Para ello, se crea un grupo de trabajo, participado por la matrona del Centro de Salud de Alginet, la Supervisora de paritorio y maternidad del Hospital, la Dirección de enfermería, el Coordinador de Ginecología y Obstetricia del Hospital y el Subdirector de Calidad. Este grupo será responsable de identificar, definir y consensuar los procesos, implantarlos en ambos centros y monitorizarlos. Como los miembros del grupo trabajan en poblaciones distintas y no se dedican en exclusividad a la certificación, sino que mantienen su actividad asistencial, se planifican las acciones y se instaura una rutina de trabajo: de febrero 2004 hasta enero 2005, en reuniones de trabajo de 2 horas, cada quince días. Resultado Se definen tres procesos clave (embarazo, parto y puerperio), que se documentan y completan con distintas instrucciones técnicas. Se define la participación y responsabilidad de cada uno de los actores de A. Primaria y Especializada en cada uno de los procesos. En enero de 2005 se realiza la auditoria por AENOR y se certifica el proceso.

Conclusiones: La integración de procesos entre A. Primaria y especializada es la vía para una real gestión por procesos en organizaciones sanitarias. La paciente advierte el vínculo entre el centro de salud y el hospital y valora muy positivamente la conexión entre ambas instituciones. Propicia el cambio de mentalidad sobre la propiedad de los procesos y acerca la visión del paciente como centro del proceso.

C-420

MEJORA CONTINUA EN EL SERVICIO DE INMUNOLOGÍA DEL H.U. MARQUÉS DE VALDECILLA

G. Secadas, P. Gómez y M. Jiménez
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Palabras clave: Inmunología. Mejora continua.

Objetivos: Conocer la incidencia de errores en la recogida de muestras. Mejorar el procedimiento Satisfacer al cliente.

Metodología: El Servicio de Inmunología del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla" realiza anualmente 118.800 determinaciones analíticas, correspondientes a 23.600 pacientes, con una media de 5 determinaciones. El procedimiento de recogida de muestras define la identificación de las mismas, las determinaciones solicitadas, alicuotar, centrifugar, decantar y distribuir a las secciones de serología, HLA y citometría. El procedimiento se realizó con la referencia ISO 9001:2000 definiendo Objeto, Alcance, Responsabilidades, Definiciones, Diagrama de Proceso, Desarrollo, Referencias, Registros asociados, Anexos, Informe de Modificaciones, e Instrucciones técnicas. Para detectar errores, se establece un sistema de monitorización asentado en el consenso y compromiso de las personas de declaración voluntaria. Para la recogida de datos se elaboró una hoja específica, denominada de Incidencias que contiene: nº de tubo, determinación, persona que puede detectar el error (médico, enfermera, técnico), fecha, descripción del error y procedencia del error (recogida de muestras o secretaría). Los errores se declaran diariamente y la enfermera responsable de este procedimiento, corrige los errores por medio de la comprobación con el volante de petición. De esta forma los errores son potenciales y su detección permite realizar las determinaciones que se solicitan.

Resultados: La detección y monitorización de errores se inició en febrero de 2005. Se realizaron 10.947 determinaciones y se detectaron 0,41% de errores. Evolución del plan de mejora: Marzo, 12.531 determinaciones y 0,28%. Abril, 10.793 determinaciones y 0,10% y en Mayo, 9.805 determinaciones y 0,16%. Tras la detección de cada error, se busca la causa del mismo, para evitar que se repita. Según la evolución de los errores, podemos constatar la importancia de la incorporación de nuevos profesionales, siendo la detección y monitorización de errores un factor importante de mejora del conocimiento.

Conclusiones: La realización del procedimiento informa a todas las personas del servicio de sus competencias y como se interrelacionan. La declaración y monitorización sistemática de errores potenciales es la base de la prevención de errores. La dinámica de la mejora continua influye en la cultura de las personas del servicio, comprometidos con la calidad.

LA GPP EN LA EMISIÓN DE FACTURAS

J. Benet, M.J. Bueno, C. Cazcarra, S. Prats y J. Sesmilo
GRUP SAGESSA.

Palabras clave: Incremento económico.

Objetivo: Incrementar el importe de la facturación emitida en el Grupo Sagessa, potenciar la eficacia y eficiencia del proceso de facturación y reducir el importe de las devoluciones recibidas.

Método: 1. Aprovechando la implantación de la Gestión por Procesos (GPP) que se lleva a cabo en el Grupo Sagessa después de una auto evaluación del modelo EFQM, se decide seguir esta metodología para conseguir el objetivo marcado y participar de la sinergia de toda la organización. 2. *Análisis y localización de las devoluciones:* Se reúne toda la información necesaria para localizar las barreras del proceso. Para facilitar el análisis de los datos recopilados, se selecciona la empresa que posee mayor importe de devoluciones. Se clasifican las incidencias por grupos de actos y por motivos de devolución. Se observa que la mayoría de las devoluciones son por falta de datos. 3. *Actuación:* La unidad de facturación analiza diferentes áreas de mejora y decide impartir formación a los profesionales de los departamentos de admisiones de nuestros centros sanitarios para la correcta información de los datos demográficos de los usuarios atendidos. 4. *Evaluación:* Se realiza un seguimiento exhaustivo de la información devuelta por el principal cliente. El análisis de esta información se envía a las admisiones de los centros para la inmediata subsanación de los datos enviados.

Resultados: El importe de las devoluciones previo a la formación efectuada a las admisiones supone el 1,47% del importe total facturado, aproximadamente unos 467.000 euros. Se observa que durante los meses posteriores a la formación, disminuye el número de devoluciones hasta el 0,72% del importe total facturado durante el año 2004. El total de las incidencias asciende en valor absoluto a 256.000 euros. Por tanto, el Grupo Sagessa incrementa en 211.000 euros el importe de la facturación emitida a su mayor cliente, consiguiendo así el objetivo marcado.

Conclusion: La formación específica y continuada a los profesionales de los centros facilita la reducción de las devoluciones de los actos facturados, consigue una mayor implicación del personal de facturación y admisiones y aporta a nuestra empresa una mejora del resultado económico. La GPP ha permitido una mayor interacción entre procesos de soporte y procesos fundamentales en una organización sanitaria, aumentando directamente la calidad de los servicios de gestión prestados a nuestros clientes.

C-421

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS. PREPARACIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOS POSTERIORES

E. Fernández, N. Bea, P. Gómez y M. Jiménez
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Palabras clave: Procedimientos diagnósticos. Cuidados.

Objetivos: Describir los cuidados previos y posteriores a los procedimientos diagnósticos. Proporcionar a las enfermeras de las unidades de hospitalización, información de cuidados adecuados. Describir los registros de enfermería adecuados. Desarrollar la mejora continua de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

Metodología: Estos procedimientos son herramientas cada vez más valiosas para diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Pero también generan riesgos y problemas éticos, económicos y de seguridad clínica. Con el propósito de evitar los problemas relacionados con estas intervenciones, el servicio ha realizado los procedimientos adecuados, con la definición de la misión, inicio y fin de cada uno de ellos y las competencias de los profesionales y unidades implicadas. En esta comunicación se toma como modelo el Cateterismo Cardíaco, habiéndose realizado en año 2004 un total de 2781 intervenciones. El Procedimiento está destinado a la preparación del paciente y cuidados posteriores, tomando como referencia ISO 9001:2000, con las instrucciones técnicas correspondientes.

Resultados: El procedimiento define el Objeto, Alcance, Responsabilidades (de la elaboración, evaluación, cumplimiento, revisión y aprobación), Definiciones, Diagrama de flujo, Desarrollo (con instrucciones técnicas destinadas a pacientes heparinizados, diabéticos, insuficiencia renal y alergia a contraste yodado), Referencia, Registros asociados (documentos de la historia clínica, destinados a la pauta de cuidados previos y posteriores, así como la evolución del paciente), Anexos e Informe de modificaciones. Se definen los indicadores relacionados con los riesgos: hematoma, hemorragia, isquemia. Síndrome vaso-vagal e insuficiencia renal. La monitorización se establece como responsabilidad de las unidades de hospitalización, establecida por consenso. Se incorpora la dinámica de mejora PDCA, con la participación de las personas del Servicio de Hemodinámica y de las unidades de hospitalización.

Conclusiones: Los procedimientos diagnósticos que requieren intervención son interdepartamentales e interfuncionales. Definir el inicio y el fin de cada uno de ellos permite concretar los servicios, unidades y personas implicadas. Ofrece a todos la información adecuada tanto para la preparación del paciente, como para los cuidados posteriores que precisa. La participación de todas las personas en la dinámica de mejora PDCA es imprescindible para conocer la magnitud de los problemas y aplicar las medidas de mejora oportunas.

C-422

PLAN DE DIVULGACIÓN DEL INTERACTIVO PARA LA FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN PROCESOS ASISTENCIALES

D. Riley, A. Otamendi, D. Pérez, J.L. Bianchi, C. Prieto y P. Díaz
Fundación IAVANTE.

C-424

Palabras clave: Formación, Procesos Asistenciales.

Objetivo: La implantación del Plan de Calidad de la Consejería de Salud para dotar al SSPA de un modelo de continuidad asistencial orientado al ciudadano, precisa de la impregnación por parte de los profesionales de una cultura de la calidad, así como de su implicación en una nueva forma de trabajo. Este cambio solo tendrá éxito si se acerca el conocimiento a su entorno laboral, entienden y asumen que el nuevo modelo de trabajo les aportará beneficios importantes, y si interiorizan el sentimiento de pertenencia a una organización que tiene como objetivo final proporcionar una mejor asistencia al ciudadano. El objetivo final es la mejora de la capacitación y cualificación de los profesionales del SSPA mediante la elaboración y difusión de unos productos web innovadores y de calidad.

Método: La divulgación comenzará en el A.G.S. Campo de Gibraltar, con 2.458 profesionales. Los procesos seleccionados son aquellos considerados como prioritarios para dicha zona: embarazo, parto y puerperio, procesos de dolor torácico, procesos oncológicos, EPOC, cuidados paliativos, diabetes y fractura de cadera. En la divulgación utilizaremos dos metodologías de manera que el profesional recibirá, en función de la opción elegida por los responsables locales seleccionados de los grupos de trabajo en procesos: sesión de formación presencial, material didáctico, acreditación de la actividad, Interactivo con los procesos, acceso al Entorno Virtual del Proyecto (EVP) con micro-website de actualización de los procesos, y acceso a Foros moderados por expertos. Para ello usaremos varias herramientas durante la fase de divulgación –cuadro de mando y EVP-, fase de análisis cuantitativo y cualitativo –cuestionario de impacto de la formación, cuestionario de evaluación-, así como de un entorno web desde el que se gestiona el proyecto, se accede y actualizan los contenidos interactivos.

Resultados: Entre los resultados esperados más relevantes se encuentran: Que los profesionales tengan un mejor conocimiento de los procesos asistenciales. Que los profesionales apliquen en su ámbito de trabajo lo aprendido durante la fase de divulgación, aumentando su autonomía y capacidad, y disminuyendo los errores. Medido con el Cuestionario de Impacto. Obtener información real sobre el alcance que a día de hoy tiene la implantación de los procesos, para darla a conocer a los organismos competentes.

Conclusión: Este trabajo representa una nueva manera de hacer asequible el entrenamiento y la formación de los profesionales sanitarios.

MESA 54

Gestión por procesos (IX)

PLAN DE CUIDADOS INTRAOPERATORIO ESTANDARIZADO

C. López, C. Gómez, L. Fuentes, V. Patilla, I. Márquez y R. Aranda
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

C-425

Palabras clave: Cuidados, quirúrgico, enfermería.

Objetivos: Confeccionar procedimiento específico de intervenciones de enfermería durante la estancia de los pacientes en quirófano y antequirófano, con el fin de asegurar la máxima calidad en nuestra atención. Elaborar plan de cuidados estandarizado con lenguaje normalizado utilizando Diagnósticos NANDA, Resultados (NOC) e Intervenciones (NIC).

Metodología: Creación de grupo de trabajo. Revisión de la bibliografía. Análisis de las actividades que se realizan en el área de quirófano estableciendo prioridades y organización de las mismas. Búsqueda de diagnósticos comunes en la actividad enfermera en quirófano. Realización del plan de cuidados con los resultados más acordes a la consecución de los objetivos y las intervenciones que nos permitan obtenerlos con las máximas garantías.

Resultados: Desarrollo de un plan de cuidados intraoperatorio estandarizado que consta de: 1. Valoración de enfermería (se utilizará hoja de circuito perioperatorio puesta en marcha en nuestro hospital). 2. Identificación de diagnósticos enfermeros, intervenciones y criterios de resultados. 3. Identificación de intervenciones derivadas de los problemas interdependientes. 4. Otras intervenciones.

Conclusiones: Siendo el quirófano un entorno hostil para el paciente, es necesario detenernos en la atención personalizada y cuidar con esmero nuestra actividad en esta área. La utilización de planes de cuidados estandarizados nos permiten tras una valoración individualizarlos y, de esta manera proporcionar unos cuidados de calidad respondiendo a las demandas de los ciudadanos. Al mismo tiempo la protocolización facilita el desarrollo de todas las intervenciones de enfermería, unificando criterios de actuación. Por otro lado, podrá ser una herramienta válida para la medición de la actividad enfermera.

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA: EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA, PROCESOS Y RESULTADOS (A.S.T.R., 1996-2001)

J.L. Valencia, A. de Lucas y J. Solano

Instituto de Ciencias de la Salud. Talavera de la Reina.

Palabras clave: Evaluación procesos screening.

Objetivos: Evaluar la estructura, procesos y resultados del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) implantado en el Área de Salud de Talavera de la Reina (Toledo).

Método: Análisis de datos correspondientes al período 1996-2001 del Área de Salud de Talavera de la Reina, mediante revisión de 5 fuentes de información diferentes (PDPCM; Fichas de seguimiento del Servicio de Promoción de la Salud; Registro de derivaciones de Atención Primaria; Historias Clínicas del Hospital Nª Sra. del Prado y Registro de Tumores del Área), y la selección de criterios y estándares para la evaluación de resultados. Elaboración de un mapa de procesos y subprocesos, con todas las estructuras que integran el Programa (Promoción de la Salud, Centro de mamografías, Atención Primaria y Atención Especializada). Análisis descriptivo y estadístico de los resultados.

Resultados: La estructura del Programa presenta dos áreas fundamentales de mejora: el acceso del Servicio de Promoción de la Salud a datos relevantes para la evaluación a distintos niveles, y la dispersión de información y procesos en Atención Especializada. Los aspectos más sólidos se refieren a los sistemas de información y comunicación del Centro de Screening con Promoción de la Salud y Atención Primaria, y entre Atención Primaria y Especializada. En los resultados del Programa, destaca un buen nivel de detección de casos de cáncer (81% del total), y un valor predictivo positivo del cribado y una razón biopsias benignas/malignas muy notable. La participación global es aceptable, no así la correspondiente a zona urbana (< 65%). Las mamografías BIRAD 3 están por encima del nivel máximo recomendado, y los tratamientos quirúrgicos tienden a ser más agresivos en el servicio de Ginecología respecto al de Cirugía (al menos 1,44 veces más, con una diferencia estadísticamente significativa y ajustada por edad y estadio tumoral). Los tiempos de espera presentan una gran variabilidad, sobre todo en Atención Especializada, concentrándose principalmente entre 1ª cita y realización de citología/biopsia. Aunque las diferencias no son significativas, parece existir mayor variabilidad en los tiempos de espera en el servicio de Ginecología.

Conclusiones: Es fundamental que se articulen vías de comunicación entre las estructuras que componen el Programa. Son necesarias medidas que garanticen una participación de al menos el 70%. Deberían mejorarse los tiempos de espera en Atención Especializada, así como revisar la agresividad de los tratamientos quirúrgicos empleados.

C-426

GESTIÓN DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

R. Larretxea, A. Orube, M.J. Esnola y E. Zavala
Hospital Donostia.

Palabras clave: Procesos, ISO, Radioterapia.

En 2003 el servicio de ORT instauró un sistema de gestión de procesos basado en la norma ISO 9001/2000, consiguiendo la certificación.

Objetivo: Diseñar un sistema de procesos que sirva para gestionar el proceso y conseguir la misión del mismo. Evaluar la implantación del sistema.

Métodos: Organización de grupos de trabajo estables dentro del servicio (consulta simulación y tratamiento) Definición de misión y clientes Diseño y seguimiento mensual de una batería de indicadores de actividad y calidad en base a las 9 etapas clínicas del decreto de organización de calidad. Diseño y análisis de resultados de encuesta de satisfacción a pacientes Análisis de sugerencias y reclamaciones Recogida y análisis de incidencias Puesta en marcha de acciones correctivas y de mejora derivadas de las no conformidades detectadas. Plan de formación Plan de control de equipamiento.

Resultados: 2003 2004 Grupos de trabajo funcionantes 3 3 Nº reuniones de grupos 12 20 Nº indicadores monitorizados 18 18% satisfacción encuesta 97% 100% Nº reclamaciones 0 4 Nº agradecimientos 6 7 Nº sugerencias 3 10 Nº de no conformidades 8 3 Nº de objetivos conseguidos 6 11 Nº acciones correctivas instauradas 8 3 Nº de planes de acción derivados de la encuesta 7 7.

Conclusiones: El desarrollo del sistema de gestión de procesos nos ha permitido: Homogeneizar las etapas incluidas en el proceso de radioterapia. Disponer de instrucciones y procedimientos actualizados. Analizar de forma sistemática los indicadores, encuestas, no conformidades para poner en marcha medidas para solucionarlas. La aplicación del sistema nos permite gestionar el servicio con datos y establecer mejoras en cada uno de los aspectos relevantes. La creación de grupos de trabajo multidisciplinares en relación con las etapas clínicas en los que participan personas de todos los estamentos ha supuesto que las mejoras planteadas se debatan y solucionen de una forma participativa y consensuada.

C-428

¿PROPIETARIOS DE QUÉ? EXPLORANDO COMO AVANZAR EN LA GESTIÓN POR PROCESOS (GPP) EN EL HOSPITAL GENERAL DE L'HOSPITALET

C. Mompó, J. Vilarasau, J. Casademont y J. Montes
Hospital General de L'Hospitalet.

Palabras clave: Procesos, calidad, gestión.

Objetivo: Valorar la realización de una jornada anual de propietarios de proceso como instrumento para revisar la eficacia del enfoque y el despliegue de la GPP y proponer acciones de mejora.

Metodología: Jornada anual con participación de propietarios, directivos y coordinadores de calidad. Cada propietario expone brevemente: resultados de acciones de mejora del último año, aspectos que han funcionado de la metodología, dificultades y posibles soluciones. Actualización de conceptos por parte de los coordinadores. Debate y conclusiones.

Resultados: Se han realizado dos jornadas: diciembre de 2003 y 2004. En el año 2003 se finalizaron muy pocas acciones de mejora. En el 2004, se han realizado un 47% de las acciones propuestas y un 29% están en curso. **Qué ha funcionado:** ayuda a dedicar tiempo a pensar sobre cómo mejorar el proceso; se han hecho acciones que no se habrían llevado a cabo sin la GPP; permite planificar y establecer un recordatorio de lo no realizado; se ha reducido la sensación de falta de tiempo para dedicarse al proceso; ha mejorado la participación de los usuarios del proceso (resto de profesionales). **Dificultades:** que los propietarios tomen decisiones y implantan acciones de mejora; implicar a los usuarios del proceso; obtener resultados (muchas acciones concretas, falta visión global; falta incorporar resultados del proceso y necesidades de clientes para establecer acciones de mejora); entender el lenguaje IDEFO con el que se dibuja el modelo de procesos. **Herramientas de mejora:** copropiedad y equipos de proceso; acompañar al propietario; DAFO con participación de los usuarios; gestión del proceso (a partir de resultados: pocos indicadores y útiles; necesidades del cliente, pocas acciones de mejora y con método; implicar al propietario en los objetivos del Hospital); incorporar al día a día el seguimiento de directivos y mandos intermedios; elaborar un mapa de procesos (en dos dimensiones).

Conclusiones: La realización de un encuentro anual contribuye a: mejorar la implicación de los directivos; dar soporte a los propietarios al disponer de un foro para exponer sus resultados y dificultades; que se propongan acciones de mejora de la metodología y se evalúen posteriormente.

C-427

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE CÁNCER COLORECTAL EN EL HUPM

M.D. Peñas, M.J. Gómez, R. Rodríguez, J.L. Parra
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Cáncer, procesos.

Introducción: El grupo de implantación del Proceso Cáncer Colorrectal incluye representantes del Servicio de digestivo, radio-diagnóstico, cirugía general, oncología médica y oncología radioterápica. Posteriormente se incluyeron de enfermería digestiva, cirugía general y anatomía patológica. Los primeros interrogantes planteados son los objetivos de este trabajo.

Objetivos: 1. Conocer número de pacientes nuevos con diagnóstico de cáncer colorrectal anuales en nuestra Área Sanitaria Hospitalaria Cádiz-San Fernando. 2. Identificar el Servicio de entrada en el Hospital de pacientes. 3. Analizar el Circuito desde AP y flujo hasta completar los tratamientos oncológicos de un mismo proceso asistencial.

Método: Acudimos al Registro de Tumores del HUPM. Funciona una consulta de Digestivo, con agenda específica de Proceso Cáncer Colorrectal. En el mismo período, obtuvimos de la base de datos de quirófano, el listado de pacientes intervenidos de neoplasia de colon y/o recto. Analizamos los que completaron la asistencia integrada según el estadio oncológico.

Resultados: 1. Pacientes nuevos diagnosticados: 98 en el año 2003 y 112 en el 2004. 2. El diagnóstico se realizó desde digestivo en el 61,2% en 2003 y 58% en 2004. 3. De la consulta de Digestivo de PCCR (Proceso Cáncer Colorrectal), se habían citado 40 pacientes. El 50% tenían un CCR. 4. Se habían intervenido un total de 80 pacientes. Tratamiento oncológico el 62,5% de los pacientes (50/80). De los restantes, sólo 13 pacientes no lo hicieron, el 19,11% (13/68). 5. El tratamiento fue óptimo y multidisciplinar en el 80,88% (55/68).

Conclusiones: 1. Esperamos un total de cánceres al año de 100. 2. Optimizar el circuito de pacientes desde AP y filtrar la agenda para PCCR. 3. El tratamiento fue óptimo y multidisciplinar en el 80,88%. 4. Creación de un Subcomité de Tumores Digestivos desde 10-3-05, para decidir las estrategias terapéuticas y las Guías de Práctica Clínica.

C-429

GESTIÓN POR PROCESOS: EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE IMPLANTACIÓN

M. Briano, J. Bosch, M.C. Cavallé, J. Enjuanes, T.M. Godall y R.M. Simón
Hospital Universitari Sant Joan Reus.

C-430

Palabras clave: Procesos equipo implantación.

Objetivos: Evaluar el despliegue de la Gestión por Procesos (GPP) mediante la valoración de las actividades realizadas durante 2 años por el equipo de implantación, cuya misión es desplegar y consolidar el proyecto de acuerdo a los valores de la excelencia en apoyo a la consecución de la misión del Hospital.

Metodología: Evaluación de la formación de los Propietarios de Proceso (PP) mediante encuesta de satisfacción. Evaluación de los procesos en control mediante corte transversal para analizar el N. de procesos y acciones de mejora llevadas a término. Evaluación de la percepción de los PP en una jornada de puesta en común de las fortalezas y debilidades del proyecto.

Resultados: Se han realizado 3 cursos (Oct. 03-Enero 04- Nov. 04) a 22 PP para que adquieran los conocimientos necesarios para poner el proceso en control. La valoración media de la satisfacción de la formación (sobre 10):

Consecución de los objetivos del curso:	7,5	8	9
Consecución de expectativas:	7	7,9	8,5
Aplicabilidad del curso:	7	7,7	8,8

Analizados los resultados del primer curso se aplican las siguientes mejoras: Realizar la formación en días consecutivos Incrementar la aplicabilidad del curso (al finalizar el PP ha realizado los documentos de descripción y gestión de su proceso). Se han gestionado hasta final del 2004 un total de 9 procesos, con 28 acciones de mejora propuestas y con una consecución del 80%. Se han puesto en gestión 22 procesos (2003-2005). La percepción de los PP es: "La Gestión por procesos es una herramienta útil, para analizar lo que hacemos y como lo hacemos" "Es motivadora cuando consigues resultados positivos" "Frustra si existen propuestas de mejora que no consigues implantar" "El tiempo condiciona, siempre es además de..." "Falta de seguimiento de las acciones de mejora, y de los indicadores".

Conclusiones: La evaluación de la implantación de la GPP nos ha servido para: Ampliar las funciones de tutelaje y seguimiento del propietario durante todo el desarrollo de la gestión del Proceso. Valorar positivamente la formación. Protocolizar la firma de los documentos y aceptación de las acciones de mejora por parte de la Dirección. Programar 2 cortes transversales anuales para incrementar el seguimiento, realizar DAFO y definir mejoras. Consolidar los 22 procesos antes de poner en gestión nuevos procesos para asegurar el éxito del proyecto.

DISEÑO DEL PROCESO NO ASISTENCIAL: GESTIÓN DE LAS RECLAMACIONES

J.E. Sánchez-Basallote, P. Morales-Romero, R. Rodríguez y N. Moyano-Bustillo
Distrito APS Sierra de Cádiz.

C-431

Palabras clave: Gestión por procesos. Reclamaciones. Atención al Usuario.

Objetivo: Diseñar el proceso de reclamaciones utilizando la metodología de Gestión por Procesos, que permita conocer la situación actual y detectar áreas de mejora.

Métodos: Se describieron los procesos claves de Atención al Usuario mediante técnica de grupo nominal en la que participaron los profesionales del Servicio de Atención al Usuario (SAU) del Distrito. En una primera fase se describieron todos los procesos del SAU. En una segunda fase, tras una valoración individual y análisis, se completó el mapa de procesos de Atención al Usuario. Posteriormente, se priorizó, para su desarrollo, utilizando la metodología de gestión por procesos, el proceso Gestión de las Reclamaciones, en base a los criterios de: ser proceso clave, importancia para el usuario y aportación de valor añadido, vulnerabilidad, prevalencia y gravedad de la situación.

Resultados: Se realizó la definición global del proceso, donde se incluyó la definición funcional, límites (de entrada, de salida y marginales), así como, el responsable del proceso. Se identificaron los destinatarios y objetivos (reclamantes, profesional reclamado, profesional que aborda/gestiona la reclamación, responsable del SAU del Distrito y Director del Distrito) y sus expectativas. Se describieron los flujos de salida y objetivos con las características de calidad; los componentes: profesionales (descripción de la actividad que desarrollan y sus características de calidad) y recursos (descripción de los recursos físicos y características generales). Se dibujó el diagrama de flujo (arquitectura nivel 3 del proceso) y se definieron los indicadores para evaluar el proceso: porcentaje de reclamaciones contestadas, porcentaje de reclamaciones contestadas en 15 días o menos, demora media en contestación a las reclamaciones, porcentaje de reiteraciones y porcentaje de reclamaciones no contestadas por error en la toma de datos o datos incompletos y un sistema de monitorización trimestral (cuadro de mando). La evaluación de la efectividad y eficiencia del proceso y su mejora permanente se desarrollará, mediante el Ciclo de mejora, por los integrantes del SAU.

Conclusiones: El trabajo en equipo ha permitido conocer las necesidades y expectativas de todos los destinatarios del proceso. Se han detectado pasos en el proceso que se repetían y no añadían valor. La medición sistemática de indicadores va a poner en evidencia problemas estructurales indetectables de otra forma. Va a generar una cultura de calidad en el Servicio.

IMPLANTACIÓN DE LA GPP EN EL ÁREA ECONÓMICO-FINANCIERA

J. Benet, M.J. Bueno, C. Cazcarra y J. Sesmilo
GRUP SAGESSA

C-432

Palabras clave: Empowerment e interrelación.

Objetivo: Incrementar la sinergia del área económico-financiera mediante la gestión por procesos (GPP) y el análisis de los flujos de trabajo para mejorar las relaciones multifuncionales.

Método: 1. Se seleccionan un total de 14 procesos del área económico-financiera, con sus respectivos propietarios de proceso (PP), teniendo en cuenta la visión, misión y estrategia del Grupo como puntos de referencia para todos. Los procesos seleccionados son los siguientes: validar actividad realizada, emitir facturas, gestionar devoluciones, cobrar, gestionar impagados, gestionar finanzas, pagar, conciliación bancaria, fiscalizar, controlar resultados económicos, controlar presupuesto de ingresos, controlar presupuesto de gasto e inversiones, controlar cash y control de indicadores económicos. 2. Se provee a todos los propietarios de la formación necesaria para hacer el seguimiento de su proceso. 3. El propietario asume los objetivos marcados y la total responsabilidad de su proceso. 4. Aumenta la interrelación de los 14 procesos y la implicación de todo el personal del área económico-financiera. 5. El responsable inmediato lidera todos los procesos y participa de esta interrelación para la eliminación de procedimientos duplicados gracias a su visión global del área. 6. Semestralmente, se realiza el seguimiento y la evaluación de todas las áreas de mejora programadas para evitar discrepancias entre los procesos participantes.

Resultados: Durante el 2004, se consigue la implantación de 50 áreas de mejora de los 14 procesos seleccionados. Mejora continua a través del empowerment de los PP. Incremento de la facturación en 0,75%. Reducción de la cartera de dudoso cobro en un 0,5%. Reducción de 14 días de los plazos de cobro. Reducción de 7 días del plazo de entrega de información económica. Eliminación de 4 procedimientos que se duplicaban entre los departamentos de Facturación y Tesorería. Elaboración de información económica más fiable y detallada.

Conclusiones: La GPP en el área económico-financiera ha destacado en nuestra organización porque con pequeñas áreas de mejora en procesos de soporte se ha incidido en procesos fundamentales y propios de una organización sanitaria. También, ha permitido: aumentar la motivación de nuestros profesionales, ofrecer mejores servicios de gestión a nuestros clientes y reducir los costes que supone la NO-CALIDAD a cualquier empresa.

MESA 55

Gestión por procesos (X) / Acreditación (IV)

C-434

GESTIÓN DE ACCESOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISIS

P. Jiménez-Almonazid, E. Gruss, K. López-Revuelta

y S. Lorenzo

Fundación Hospital Alcorcón.

Palabras clave: Diálisis, gestión de procesos, indicadores.

Introducción: La prevalencia del tratamiento renal sustitutivo ha aumentado hasta 885 pacientes por millón de habitantes. Más del 50% de estos pacientes necesitan hemodiálisis (HD) con adecuado acceso vascular (AVH) permanente. Los más utilizados son fistulas arteriovenosas (FAV) y catéteres venosos centrales. En nuestro centro se organizó un grupo multidisciplinar integrado por nefrólogos, cirujanos generales y radiólogos intervencionistas para gestionar los procesos relacionados con AVH.

Objetivos: Definición de procesos para gestionar los AVH y evaluación de los mismos.

Material y método: *Ámbito:* Hospital de primer nivel de la Comunidad de Madrid referencia para 450.000 habitantes. Período de estudio: 2003-4.

Metodología: Se constituyó un grupo con nefrólogos, cirujanos generales y radiólogos intervencionistas. Definición y descripción de los 3 procesos más frecuentes: primer acceso; disfunción de FAV; trombosis de FAV. Se utilizaron fluajogramas para la representación gráfica de los mismos. Se definieron criterios e indicadores de calidad, con monitorización prospectiva en la historia clínica electrónica, se diseñó un protocolo quirúrgico específico, y se realizó análisis retrospectivo.

Resultados: Se han comparado los resultados con los publicados. 1. *Primer acceso vascular:* Porcentaje de pacientes con FAV desarrollado al comenzar HD [USA: 40%, EUROPA: 70%, ESPAÑA 75%, FHA: 95%]. Porcentaje de pacientes prevalentes con AVH autólogo/protésico/catéter [DOQI 40%-50%- 10%; USA: 24%-58%-17%, EUR: 80%-10%-10%;; FHA 80%-16%-4%]. 2. *Mantenimiento del acceso:* Tasa trombosis FAV autólogo-protésica [DOQI: FAV protésica: 0,5trombosis/paciente/año, FAV autólogo: 0,25 trombosis/paciente/año; FHA FAV protésica 0,39, FAV autólogo 0,05]. % de AVH rescatadas tras trombosis [DOQI 85%; FHA 90%] Tasa de catéteres temporales: FHA 0,06 catéteres/paciente/año. 3. *Gestión de recursos:* % de intervenciones en ambulatorias: FHA 93%. Tasa de ingresos relacionados con AVH: 0,23 días/paciente/año.

Conclusiones: Los AVH son la fuente de morbilidad e ingresos hospitalarios principal de los pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de HD. La gestión multidisciplinar ha permitido reducir la morbilidad asociada a este procedimiento y conseguir resultados por encima de los estándares descritos en la literatura. No creemos que existan otros factores determinantes de estos resultados, ya que los procedimientos técnicos realizados no difieren de los descritos en la literatura.

JORNADA DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL 2005. UNA EXPERIENCIA DE ORGANIZACIÓN PARA GENERAR ALTERNATIVAS DESDE LA BASE

E. Gómez, E. Bayol, C. Buiza, A. Rodríguez y F. Gamboa
UCA Hospital El Tomillar.

C-433

Palabras clave: Continuidad asistencial, procesos.

Introducción: Los foros en Salud adoptan el formato Organización que convoca a los profesionales. Presentamos una experiencia en sentido inverso.

Objetivos de la jornada: 1. Crear un foro de primera línea asistencial sobre temas nucleares en Salud. 2. Avanzar en la Continuidad Asistencial: "Poner cara" a los otros. 3. Generar alternativas de primera línea y presentarlas a la Organización.

Participantes y método: Jornada de mañana. Participaron 98 personas (de 102) de 4 Áreas Sanitarias, en torno a 3 Bloques (Dependencia, Cuidados, Procesos). Se organizaron 7 mesas con una pregunta cerrada por mesa, moderada por un coordinador, técnica de grupo nominal modificada. Cada Bloque conflujo en Plenarias con un referente de la Organización, antes de la Clausura común. Participantes: Enfermeros: 43 (10 Enlace, 9 de APS, 4 Auxiliares, 20 Especializada). Médicos: 28 (14 APS, 14 Especializada). Técnicos y Cargos: 15 (10 Salud, 2 A. Sociales, 3 Ayuntamientos). T. Sociales 6 (2 APS, 2 Especializada, 2 Ayuntamientos). Cuidadores: 6 (3 C. Principales, 3 ONGs).

Resultados: 1. Todos los Objetivos de las mesas fueron cumplidos. 2. Cada mesa generó 20-50 propuestas organizadas en Nucleares y Operativas con alto nivel de concordancia en los grupos. 3. La respuesta de la Organización fue la participación de técnicos y cargos intermedios durante la jornada, de tres D. Generales como referentes en las Plenarias y de Consejera en la Clausura.

Conclusiones: Es posible formular alternativas desde la base con la iniciativa descrita. La Organización es permeable a las propuestas de transformación e innovación que así se generan.

C-435

ACREDITACIÓN EN CALIDAD DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

M. Aguilar, A. Pérez-Mateo y F. Carral
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Palabras clave: Acreditación en calidad.

Introducción: El proceso de acreditación tiene como principal objetivo determinar el modo de prestar atención a los ciudadanos en materia de salud utilizando como referencia los estándares establecidos el modelo de calidad del SSPA, con el fin de establecer líneas de mejora continua.

Material y métodos: La UGC de Endocrinología y Nutrición se halla ubicada en el hospital Puerta del Mar de Cádiz. Ejerce actividad asistencial ambulatoria, de hospitalización y de hospital de día, nutrición natural y artificial y educación para la salud; actividad docente pre y postgrado, investigación y de gestión. Consta de 7 Facultativos especialistas, 1 Bromatólogo, 4 Enfermeras, 1 Auxiliar de enfermería 1 Auxiliar administrativo.

Resultados: Durante el proceso de autoevaluación se han identificado 38 áreas de mejora. En el transcurso de la misma se han previsto actuaciones concretas en 37 y se han conseguido 8. El grado de cumplimiento de los diferentes estándares fue el siguiente: Grupo I 93,85%, Grupo I Obligatorios 100,00%, Grupo I No obligatorio 86,67%, Grupo II 82,76%, Grupo III 61,11%. El grado de acreditación alcanzado fue de AVANZADO.

Conclusiones: El modelo de acreditación en calidad del SSPA, permite la evaluación pormenorizada de las actividades de las UGC, detecta y programa actuaciones en las áreas de mejora y establece mecanismos de mejora continua orientada a la excelencia.

MAPA CONCEPTUAL DEL MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS

V. Reyes, B. Jiménez, B. Buiza, G. López y S. Almazán
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Acreditación, Páginas Web Sanitarias.

Objetivo: Describir los elementos que conforman el manual de estándares de páginas web sanitarias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
Método: El Manual de Estándares, se ha realizado bajo un doble planteamiento. En primer lugar, un proceso de análisis de modelos internacionales basados en códigos de conducta éticos, en acreditación e índices por terceros y en herramientas de validación automática de estándares tecnológicos. Y en segundo lugar, una contextualización del manual de estándares resultante al Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía y a las líneas estratégicas de la Consejería de Salud.

Resultados: El Manual de Acreditación está estructurado en tres bloques y, cada uno de éstos se divide a su vez en criterios. *I. Derechos de los usuarios.* Este bloque comprende 2 criterios: Accesibilidad (estándares que garantizan la utilización y acceso a la información, independientemente de las limitaciones propias del individuo o de los dispositivos utilizados) y Confidencialidad (para respetar la privacidad de cualquier transacción de datos relativos a usuarios de una página web sanitaria). *II. Gestión de la información.* Bloque conformado por 3 criterios: Transparencia (elementos que refuerzan la credibilidad en una web sanitaria, al hacer ésta una definición de sus objetivos, e identificar la audiencia destino y las fuentes de financiación), Credibilidad (esfuerzos que realiza una web sanitaria para incrementar el reconocimiento y confianza de los usuarios) y Política editorial (estándares que exploran los procedimientos utilizados por el sitio web para seleccionar y publicar información). *III. Contenidos sanitarios y prestación de servicios.* Contiene los criterios referidos al objeto de relación la web sanitaria con sus usuarios y se analiza bajo tres criterios: Actualización de la información (conjunto de acciones destinadas a publicar la mejor información disponible, la más detallada y más actual), Atribución de contenidos (procedimientos destinados a garantizar el reconocimiento de las fuentes de información y la autoría de contenidos) y Publicidad y Comercio Electrónico (estándares dirigidos a garantizar que los anuncios digitales son distinguibles y no se vinculan a los contenidos de información y, asegurar la existencia y seguimiento de un código de conducta referido al comercio electrónico en el ámbito de la salud).

Conclusiones: Los bloques y criterios dan respuesta al Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía en el contexto de las páginas web sanitarias.

C-436

PERFIL DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DESDE LA ACREDITACIÓN

L. Villanueva, M. Martín, E. Álvarez, E. Valverde, F. Casado y B. Buiza
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Tipología, evaluación, impacto.

Objetivos: Conocer las características de las actividades de Formación Continuada (FC). Definir el perfil y analizar la calidad de las actividades de FC evaluadas.

Métodos: El análisis y seguimiento de la actividad realizada desde el Programa de Acreditación de Actividades de FC, se realiza utilizando un conjunto de bases de datos interrelacionadas con la aplicación ME_jóra F. Este sistema agiliza la gestión del proceso y aporta información para la toma de decisiones sobre el mismo. Entre sus utilidades destacamos: La capacidad de sintetizar, reducir y analizar los distintos campos de la solicitud en función de indicadores preestablecidos, para proporcionar una descripción de las características de la actividad. La realización de análisis estadísticos descriptivo-comparativos que facilitan la elaboración de perfiles en función del tipo de actividad, modalidad, duración, etc. El tratamiento de los resultados de la evaluación, componente cualitativo (CCL), en relación a los diferentes elementos de la solicitud.

Resultados: La mayor parte de las solicitudes remitidas para su valoración por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía son cursos (75,3%). En cuanto a la modalidad, destacan las actividades presenciales (60,6%). La duración es inferior a 40 horas (64,08%). Las profesiones sanitarias a las que dirige esta FC son Enfermería y Medicina (48,21%). El CCL de las actividades formativas varía según las características de la FC y permite establecer perfiles de calidad a través del análisis de cada uno de los apartados que se valoran (objetivos, pertinencia, organización y logística, metodología docente y evaluación). De manera global, podemos afirmar que existe variabilidad del CCL en función de la modalidad (Presencial 1,27; No presencial = 1,25; Mixta = 1,50) La cultura sobre la acreditación de la FC va creciendo en el seno de las organizaciones sanitarias. Desde que la Agencia inicia el proceso de acreditación de actividades de FC, hasta el momento, tanto el número de actividades como la calidad de las mismas ha aumentado considerablemente. A modo de síntesis, destacamos la evolución en el nº de evaluaciones favorables tomando como referencia períodos semestrales (60,46%; 63,91%; 68,14%).

Conclusiones: El sistema de acreditación propuesto por la Agencia ayuda a programar la FC, orienta en el diseño de las acciones formativas sobre la base de unos criterios de calidad y, por consiguiente, favorece e impulsa el desarrollo de la FC de las profesiones sanitarias.

C-438

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA AL MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE PÁGINAS WEB SANITARIAS

V. Reyes, B. Jiménez, B. Buiza, G. López y S. Almazán
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Palabras clave: Acreditación, Páginas Web Sanitarias.

Objetivo: Describir la metodología utilizada para la definición del manual de estándares de páginas web sanitarias que contempla el contexto internacional y las líneas estratégicas de la Consejería de Salud.
Método: *Fase 1:* Búsqueda documental. 1. Definición del ámbito: páginas web sanitarias y acreditación. 2. Elección del proceso de búsqueda documental Búsqueda no sistemática en bases de datos de ciencias de la salud y búsqueda no estructurada ni catalogada en Google, sin restricción temporal, limitada a idiomas español e inglés. 3. Selección de descriptores de búsqueda (MeSH y DeCS) y explotación de las bases de datos. 4. Recuperación de la información. 5. Comprobación de estudios los recuperados utilizando una "tabla de evidencia". 6. Búsqueda secundaria inversa: análisis detallado de la bibliografía citada en los artículos recuperados. 7. Construcción de una base de datos con normas, principios, directrices, criterios, estándares y, recomendaciones procedentes de la lectura de los artículos. 8. Análisis de la base de datos mediante un proceso de minería de datos textual. 9. Filtrado de la base de datos por los criterios y subcriterios definidos para la acreditación de páginas web sanitarias de la Agencia de Calidad Sanitaria. *Fase 2:* Redacción. 10. Redacción de los estándares y de las evidencias necesarias para lograr la acreditación de páginas web sanitarias, vinculando cada uno de los estándares y de las evidencias a sus fuentes documentales. *Fase 3:* Contextualización y validación. 11. Análisis pormenorizado del borrador de acreditación de páginas web sanitarias en un comité interno de la Agencia de Calidad Sanitaria, para contextualizarlo al Modelo de Acreditación Sanitaria de Andalucía. 12. Análisis y validación del borrador por un comité de expertos en ámbitos específicos: documentación, sistemas de información sanitarios, páginas web e innovación tecnológica. Resultados Consideramos que la descripción detallada de un proceso metodológico riguroso es un producto científico en sí mismo, y su divulgación puede facilitar a labor de otros grupos de investigación.

Conclusiones: El proyecto ha alcanzado su objetivo y se ha logrado la definición del Manual de Estándares de Acreditación de Páginas Web Sanitarias, con inclusión de recomendaciones extraídas del contexto internacional y alineamiento con las líneas estratégicas de la Consejería de Salud.

C-437

PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2000 EN LOS LABORATORIOS DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL DE JOVE (GIJÓN)

M.C. Martínez-Ortega, E. Hidalgo, C. Redondo, C. Colunga, A. Guisasola y M. Fernández
Fundación Hospital de Jove.

Palabras clave: Certificación, gestión calidad.

Objetivos: Las Estrategias de Calidad para la Administración Sanitaria del Principado de Asturias 2003-2007, establecen entre sus ejes, la Gestión de la Calidad y la Evaluación externa, contemplando el uso de la certificación mediante normas ISO para mejorar los procesos y procedimientos de trabajo. Se inician los procesos de certificación para los laboratorios de la Red Sanitaria del Principado de Asturias, y como hospital ligado a la red mediante un convenio singular, se nos incluye en este proyecto global de certificación. Nos incorporamos al Proyecto en Enero 2004.

Métodos: Formación inicial a todo el personal del laboratorio (Ene- Feb 2004). Elaboración de la Documentación (Ene-Mar 2004). Cronograma de reuniones para seguimiento de la implantación con la consultora externa que proporciona soporte técnico al proyecto. (Mar-Sept 2004). Implantación del Sistema de Gestión (Mar- Sept 2004). Formación de auditores (Mar-Abr 2004). Auditoría interna por la consultora (Oct 2004). Auditoría externa por la entidad certificadora (Nov 2004). Plan de acciones correctoras (PAC) a la auditoría externa (Dic 2004). Revisión del PAC (Ene 2005).

Resultados: Obtención de la certificación con fecha 17 de Marzo de 2005, cuyo alcance es: Realización de determinaciones analíticas en las áreas de hematología, Microbiología y Bioquímica. Actividad transfusional de Banco de Sangre. Estudios anatomo-patológicos y Banco de Tumores. La auditoría externa detectó un total de 7 no conformidades menores que se resolvieron con las correspondientes acciones correctoras y 25 observaciones para la mejora del sistema de gestión. Ejemplos de mejora continua que el sistema aporta: Control de recepción de muestras y solicitudes: Problema: Envío incorrecto de volantes y muestras; Acción de mejora: actualización de normativa, presentación más asequible y redifusión; Control: Registro de incidencias preanalíticas; Indicador: nº incidencias/nº muestras. Informe de Biopsia intraoperatoria (BIO): Problema: ausencia de informe escrito; Mejora: Emisión informe; Control: Registro en Patwin; Indicador: nº informes BIO escritos/ nº total BIO.

Conclusiones: La implantación de un sistema de gestión de la calidad según la Norma ISO 9001:2000 es un proceso que requiere implicación de todos los profesionales, que resulta inicialmente complejo pero que se traduce en algo tan sencillo como escribir lo que hacemos, hacer lo que hemos escrito, registrar lo que hicimos, verificarlo, comprobarlo, evaluarlo y analizarlo para actuar sobre la diferencia y mejorar.

C-439

Palabras clave: TQM, ISO 9001, Gestión procesos, calidad percibida.

Objetivo: Utilizar la gestión por procesos y la certificación de procesos del hospital según la Norma UNE EN ISO 9001-2000 como herramientas para favorecer la implicación y participación de los profesionales en la gestión y en la mejora continua, así como de reconocimiento al tener que ir a una certificación externa.

Metodología: Con la experiencia de casi 6 años en gestión por procesos en el hospital y teniendo identificados y descritos los procesos se decide que, a partir del mapa de procesos del Hospital, se vayan implantando certificaciones ISO 9001-2000 en aquellos procesos en que se ha considerado podían ser una herramienta útil y complementaria al sistema de gestión por procesos. Para la certificación se contó al principio con una ayuda externa y se siguieron los siguientes pasos: 1. Decisión por parte del equipo directivo y gestores de proceso sobre procesos a certificar. 2. Nombramiento de coordinadores de proyecto, prescindiendo entonces de la ayuda externa. 3. Formación por parte de la coordinación a los gestores de proceso en Norma ISO. 4. Elaboración documentación general del sistema. 5. Documentar los procesos. 6. Designación y formación de auditores internos en ISO 9001-2000 entre los profesionales del hospital. 7. Realización de auditorías, revisiones por la dirección y visitas de certificación.

Resultados: El tener descritos los procesos ha facilitado la elaboración de la documentación del SGC. El documentar el SGC ha posibilitando la implicación activa de los profesionales en la mejora continua. Ha facilitado las interrelaciones procesos-personas, sus interfaces. Además el valor añadido que aportan las auditorías ha permitido la identificación de otros aspectos a mejorar por lo que se consideran como otra herramienta más para la mejora continua de los procesos.

Conclusiones: La gestión por procesos y la certificación ISO 9001-2000 se han demostrado herramientas complementarias que permiten y facilitan la compresión de los procesos y sus interfaces, favorecen la implicación de los profesionales que intervienen directamente en el diseño y evaluación de sus procesos. La obtención del certificado en ISO 9001:2000 ha sido valorado por los profesionales implicados como una herramienta de reconocimiento a su trabajo diario así como por su implicación en la consecución de los objetivos estratégicos del hospital.